

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria
Relatório de Estágio

***Stress* da Criança em Idade Pré-Escolar em Contexto de
Urgência: Foco de Atenção do Enfermeiro Especialista**

Marta Alexandra dos Santos Damião

Lisboa
2019



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria
Relatório de Estágio


Stress da Criança em Idade Pré-Escolar em Contexto de
Urgência: Foco de Atenção do Enfermeiro Especialista

Marta Alexandra dos Santos Damião

Orientador: Prof^a Doutora Maria da Graça Vinagre da Graça

Lisboa
2019

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



AGRADECIMENTOS

À Srª Professora Doutora Maria da Graça Vinagre, por todo o apoio ao longo do percurso e pelas suas palavras de incentivo.

Ao Diogo pelo seu amor incondicional, amizade e companheirismo mesmo nos momentos mais difíceis e ausentes.

Aos meus pais, irmãs e restante família, por continuarem a ser o meu porto seguro em todas as circunstâncias.

Aos meus colegas de trabalho, pelo apoio e suporte na organização da minha escala de trabalho e pelas palavras de amizade nos momentos mais difíceis.

A todos os meus orientadores nos locais de estágio, pela oportunidade de aprendizagem e partilha.

A todos... o meu Muito Obrigada!

LISTA DE SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

CCF – Cuidados Centrados na Família

CRPC – Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral

DGS – Direção-geral da Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

GIAPA – Gabinete de Informação e Aconselhamento de Produtos de Apoio

IAC – Instituto de Apoio à Criança

IPFCF – *Institute for Patient-and Family-Centered Care*

ISBAR – *Identify; Situation; Background; Assessment; Recommendation*

NACJR – Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco

NCTST – *National Child Traumatic Stress Network*

NIPi – Núcleo de Intervenção Precoce Integrada

PC – Paralisia Cerebral

PNSE – Programa Nacional de Saúde Escolar

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

RN – Recém-Nascido

SIP – Serviço de Internamento Pediátrico

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UHD – Unidade de Habilitação e Desenvolvimento

UNICEF – *United Nations Children's Fund*

UTAAC – Unidade de Técnicas Aumentativas e Alternativas da Comunicação

WHO – *World Health Organization*

RESUMO

Nos primeiros anos de vida, as crianças são, por vezes, confrontadas com a experiência de hospitalização devido à sua vulnerabilidade e consequente desenvolvimento de doenças. Este processo de doença associado ao internamento pode gerar situações de *stress* e de ansiedade na criança em idade pré-escolar e na sua família. Habitualmente no momento da admissão hospitalar, em contexto de urgência, a abordagem dos profissionais pode constituir para a criança e família uma situação geradora de *stress*. Com a adoção de intervenções de enfermagem adequadas, é possível criar um ambiente de confiança, permitindo a diminuição da ansiedade, dos medos e das dúvidas, quer da criança, quer da sua família. Particularmente nas crianças em idade pré-escolar, é importante perceber quais os principais stressores e situações geradoras de *stress* na criança em contexto de urgência para que a intervenção de enfermagem seja direcionada no sentido de minimizar esse mesmo *stress*, constituindo um importante foco de atenção para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Considerando o exposto, foi este o tema que deu corpo ao projeto tendo-se definido dois objetivos gerais: Desenvolver competências de Enfermeiro Especialista no cuidado à criança, ao adolescente e família nas várias etapas do desenvolvimento e em diferentes contextos de prática; e desenvolver competências com foco na minimização do *stress* em crianças em idade pré-escolar em contexto de urgência. Ao longo deste relatório foi realizada uma análise crítica e reflexiva das atividades e competências desenvolvidas, tendo por base o Modelo de Sistemas de Betty Neuman bem como a Filosofia de Cuidados Centrados na Família e a de Cuidados Não Traumáticos.

Palavras-Chave: Criança; Pré-Escolar; *Stress*; Urgência; Enfermagem

ABSTRACT

In the first years of life, children are sometimes confronted with hospitalization experience due to their vulnerability and consequent disease development. This process of illness and hospitalization can generate stress and anxiety for preschoolers and their families. At the time of hospital admission, usually in the context of urgency, the professionals approach may be a stressful situation for the child and family. However, with the adoption of appropriate nursing interventions, it is possible to create an environment of trust, thus allowing the reduction of anxiety, fears and doubts, with the child and his family. In preschool children, particularly, it is important to understand the main stressors and situations that generate stress in the child in an emergency context so that the nursing intervention is directed in the sense of minimizing this stress, constituting an important focus of attention for the Nursing Specialist in Child and Pediatric Health Nursing. Considering the above, this was the theme that gave substance to the project, it was defined two general objectives: To develop the skills of Specialist Nurse in the child care, adolescent and family in the various stages of development and in different contexts of practice; and in developing skills focused on minimizing stress in pre-school children in an emergency context. Throughout this report, a critical and reflexive activity analysis and developed competences was carried out, based on the Betty Neuman Systems Model as well as the Philosophy of Family-Centered Care and Non-Traumatic Care.

Keywords: Child; Preschool; Stress; Urgency; Nursing

ÍNDICE

Pág.

INTRODUÇÃO	8
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	11
1.1. Breve caracterização do desenvolvimento da criança em idade pré-escolar	11
1.2. O Stress e a criança em idade pré-escolar.....	13
1.2.1. Stressores e situações indutoras de <i>Stress</i>	14
1.2.2. Manifestações indicativas de <i>Stress</i> e processo de <i>Coping</i>	18
1.2.3. Intervenções de enfermagem com foco na minimização do <i>Stress</i>	20
2. PERCURSO FORMATIVO	26
2.1. Definição dos objetivos gerais e específicos.....	26
2.2. Contextos de estágio: breve caracterização e justificação da sua escolha	27
2.3. Análise crítica e reflexiva sobre as competências de Enfermeiro Especialista desenvolvidas em estágio.....	29
2.3.1. Desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica no cuidado à criança, ao adolescente e família nas várias etapas do desenvolvimento e em diferentes contextos de prática	30
2.3.2. Desenvolvimento de competências com foco na minimização do <i>stress</i> nas crianças em idade pré-escolar em contexto de urgência	49
CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	58

ANEXOS

Anexo I – Certificado de Formação Profissional – Suporte Avançado de Vida Pediátrico

APÊNDICES

Apêndice I – Cronograma de Estágios

Apêndice II – Folheto Informativo: “O meu filho vai ser vacinado e agora? Como posso ajudá-lo?”;

Apêndice III – Manual de Apoio e Atuação na Avaliação e Gestão da Dor no Utente Pediátrico

Apêndice IV – Plano de Sessão de Formação: “Apresentação do Manual de Apoio e Atuação na Avaliação e Gestão da Dor no Utente Pediátrico”

Apêndice V – Sessão de Formação: “Apresentação do Manual de Apoio e Atuação na Avaliação e Gestão da Dor no Utente Pediátrico”

Apêndice VI – Plataforma de *Guidelines* de Orientação em Saúde Infantil

Apêndice VII – *Poster*: “O Método Canguru”

Apêndice VIII – Kit de Preparação para a Punção

Apêndice IX – Manual de Apoio à Utilização do Kit “Preparação para a Punção”

Apêndice X – Reflexão

Apêndice XI – Stressores, Situações Geradoras de Stress e Manifestações de Stress na criança em idade pré-escolar, em contexto de urgência: Principais Resultados de uma Revisão de Literatura

Apêndice XII – *Check-List* de Observação de Intervenções de Enfermagem com foco na minimização do *stress* na criança em idade pré-escolar em contexto de urgência

Apêndice XIII – Plano de Sessão de Formação: “*Stress* da Criança em Idade Pré-Escolar em Contexto de Urgência”

Apêndice XIV – Sessão de Formação: “*Stress* da Criança em Idade Pré-Escolar em Contexto de Urgência”

Apêndice XV – Protocolo de Atuação com foco na minimização do *stress* da criança em idade pré-escolar e família que recorrem ao Serviço de Urgência

INTRODUÇÃO

O presente relatório, inserido na Unidade Curricular de Estágio com Relatório do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), surge com a finalidade de espelhar o caminho percorrido na aquisição e desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) ao longo do percurso de estágio, com recurso a uma análise crítica e reflexiva. O percurso de estágio teve lugar em diferentes instituições e unidades de prestação de cuidados especializados à criança e família, distribuídos por seis locais e num período de dezoito semanas. A escolha da temática do presente relatório, nomeadamente o *stress* da criança em idade pré-escolar em contexto de Urgência Pediátrica, local onde exerço funções, emergiu do meu interesse pessoal bem como da necessidade de desenvolvimento de conhecimentos e competências ao nível das intervenções de enfermagem com foco na minimização de *stress* nesta fase de desenvolvimento da criança e neste contexto.

Os enfermeiros do Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) onde exerço funções, manifestaram ser este o grupo etário (3 aos 5 anos de idade) onde sentiam maior dificuldade na interação aquando das intervenções e procedimentos de enfermagem, nomeadamente na identificação de fatores de *stress*, situações indutoras de *stress* e planeamento de intervenções de enfermagem dirigidas à minimização do *stress* nas crianças constituindo um desafio acrescido no planeamento de cuidados de enfermagem nestes contextos de urgência. Neste sentido, o desenvolvimento de competências de EE, pressupõe, entre outros, a “implementação de programas de melhoria contínua” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019, p.4747), bem como a intervenção de enfermagem baseada em “conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem” (OE, 2019, p.4749), pelo que faz todo o sentido direccionar o desenvolvimento de competências como contributo para a melhoria dos cuidados de enfermagem, nomeadamente no serviço onde exerço funções e na equipa onde estou inserida. De acordo com o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde

da Criança e do Jovem, o EEESIP deve focar a sua intervenção de enfermagem na “interdependência criança/jovem/família e ambiente, considerando os fatores protetores e stressores associados às suas vivências” (OE, 2015, p.16661). Sabendo que o ambiente de um SUP desperta na criança em idade pré-escolar e na sua família, sentimentos de medo e ansiedade, sendo considerada uma das experiências mais traumáticas a nível hospitalar (Sanders, 2014), torna-se importante direcionar as intervenções de enfermagem no sentido de minimizar o *stress* associado a este processo de hospitalização. Deste modo, a intervenção de enfermagem, enquanto EEESIP, será no sentido de assistir a criança e a sua família na “maximização da sua saúde (...) nas situações de especial complexidade (...) em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança” (OE, 2018, p.19192).

Considerando o exposto, e após a identificação de necessidade de desenvolvimento de competências do EEESIP (através da elaboração do autodiagnóstico do EEESIP) emergiu o tema do projeto de estágio intitulado: “*Stress da Criança em Idade Pré-Escolar em Contexto de Urgência – Foco de Atenção do Enfermeiro Especialista*”, tendo-se definido como objetivos gerais: Desenvolver competências de Enfermeiro Especialista no cuidado à criança, ao adolescente e família nas várias etapas do desenvolvimento e em diferentes contextos de prática; Desenvolver competências com foco na minimização do *stress* em crianças em idade pré-escolar em contexto de urgência.

O presente relatório está estruturado em dois capítulos. No primeiro capítulo apresenta-se o enquadramento conceptual onde é realizada inicialmente uma breve caracterização da criança em idade pré-escolar no que respeita ao seu desenvolvimento, sendo abordado posteriormente o *stress* da criança em idade pré-escolar associado ao processo de hospitalização (stressores, situações geradoras de *stress* e manifestações indicativas de *stress*), bem como as intervenções de enfermagem direcionadas para a minimização do *stress* nas crianças deste grupo etário em contexto de urgência pediátrica. Também neste capítulo encontra-se o quadro conceptual de referência, onde se aborda a filosofia de Cuidados Centrados na Família (CCF), os Cuidados Não-Traumáticos e o Modelo de Sistemas de Betty Neuman. A opção pela escolha deste modelo teórico que norteia o presente trabalho, teve em consideração o sistema da criança-família como um sistema aberto e dinâmico que está sujeito a diferentes stressores que podem causar instabilidade no

sistema, sendo função do enfermeiro direcionar as suas intervenções por forma a diminuir os fatores de *stress*, bem como as condições adversas que possam causar instabilidade no sistema, para que o sistema criança-família consiga atingir um nível máximo de bem-estar (Neuman & Fawcett, 2011).

No segundo capítulo contextualiza-se o percurso de estágio, com a justificação da escolha dos diferentes locais de estágio, seguindo-se a apresentação dos objetivos gerais e específicos. Ao longo do capítulo será realizada uma análise crítica e reflexiva do percurso a par das competências do EE e do EEESIP e atividades desenvolvidas no mesmo. Por fim serão apresentadas algumas considerações finais sobre os contributos para o exercício de enfermagem que advêm do presente relatório, bem como alguns projetos a desenvolver no futuro.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1.1. Breve caracterização do desenvolvimento da criança em idade pré-escolar

Define-se criança em idade pré-escolar como a criança com idade compreendida entre os 3 e os 5 anos de idade (Brazelton & Greenspan, 2009). Contudo estes limites etários não são rígidos uma vez que cada criança é única e, por isso, tem o seu próprio ritmo de desenvolvimento (Brazelton & Greenspan, 2009; Direcção-Geral da Saúde [DGS], 2013).

No que concerne ao seu desenvolvimento psicossocial, a criança em idade pré-escolar encontra-se num estágio de aprendizagem bastante ativo, sentindo-se realizada e satisfeita com as suas atividades diárias (Monroe, 2014), sendo que segundo Erikson citado por Monroe (2014), a principal tarefa psicossocial da criança em idade pré-escolar consiste na aquisição do sentido de iniciativa. Contudo, o conflito surge quando a criança ultrapassa as suas capacidades, experienciando assim o sentimento de culpa por não ter agido de forma esperada e apropriada. É esta antítese, entre a iniciativa e a culpa, que é identificada por Erikson, como a crise de desenvolvimento característica deste grupo etário: Iniciativa vs Culpa (Erikson, 1998). Ainda de acordo com o autor, as crianças “podem alternar a impulsividade obstinada com a compulsividade submissa” (Erikson, 1998, p.68), sendo que por vezes tentarão proceder de forma independente identificando-se com os seus impulsos, e em outras vezes procederá de forma dependente assumindo a vontade dos outros na sua própria compulsão (Erikson, 1998).

Quanto ao desenvolvimento cognitivo, a criança em idade pré-escolar caracteriza-se pelo seu pensamento egocêntrico e mágico, que lhe limita a capacidade de compreensão da realidade, percecionando por isso as suas experiências apenas na sua perspetiva (Monroe, 2014). O seu pensamento por incorporação ou assimilação puras, aliado ao seu egocentrismo intelectual, exclui assim toda a objetividade da realidade (Piaget, 1990). Para o autor este egocentrismo intelectual não é um fenómeno de comportamento social, mas sim um conjunto de atitudes pré-críticas do conhecimento que a criança tem de si e dos outros que a rodeiam (Piaget, 1977). Ainda de acordo com este autor, o egocentrismo intelectual da criança desta idade,

consiste numa atitude espontânea que pode ser observada de acordo com dois pontos de vista: negativo e positivo. No primeiro, esta atitude espontânea é vista de forma negativa na medida em que opõe-se à realidade do mundo que rodeia a criança; sendo que, por outro lado, do ponto de vista positivo, esta mesma atitude permite que a criança consiga integrar o seu “eu” nas suas atividades bem como no seu grupo social, idealizando conhecer o mundo e as pessoas, embora que do seu ponto de vista, e atribuindo-lhes qualidades e características suas ou da perspetiva particular da situação em que está envolvida.

Ainda de acordo com Piaget (1990), as crianças deste grupo etário encontram-se no período pré-operatório, cujo pensamento por incorporação ou assimilação aliado ao egocentrismo anteriormente abordado, apresentam-se sob a forma de um jogo que, segundo o autor, pode ser denominado de jogo simbólico ou jogo de imitação (ou de imaginação). Este jogo, de acordo com o autor, constitui pois a atividade real do pensamento, embora essencialmente egocêntrica, existindo um esforço na satisfação do “eu” da criança através da transformação do real em função dos seus desejos. Através da atividade do brincar a criança recria a sua própria vida, corrigindo-a de acordo com a sua ideia de realidade. Assim, também “o poder ritualizador do brincar é a forma infantil de capacidade humana de lidar com a experiência ao criar situações-modelo e ao dominar a realidade através do experimento e do planeamento” (Erikson, 1998, p.47).

Aos interesses próprios da criança estão intimamente ligados os sentimentos de autovalorização, também conhecidos como sentimentos de inferioridade ou de superioridade. Os sucessos ou insucessos que a criança irá experienciar no decurso do desenvolvimento da sua atividade terão repercussões no seu desenvolvimento pessoal, pelo que a origem de algumas ansiedades da criança em idade pré-escolar, são consequência de insucessos reais e, principalmente, de insucessos imaginários (Piaget, 1990).

É ainda neste estágio de desenvolvimento que os medos estão presentes e se encontram de forma mais variada, quer eles sejam medos reais ou imaginários. Segundo Piaget (1977) o medo resulta do tipo de pensamento, que o autor designa como “pensamento pré-operatório”, característico deste grupo etário. Sendo que de acordo com Monroe (2014), as crianças em idade pré-escolar poderão ter medo do escuro, de ficarem sozinhas, de fantasmas, entre outros. Ainda de acordo com o autor,

as crianças de esta idade podem também desenvolver medos que são induzidos pelos pais (através da manifestação dos próprios medos dos pais, transparecendo a sua ansiedade face a uma determinada situação stressante).

De acordo com Brazelton e Sparrow (2010), as crianças em idade pré-escolar também referem medo do hospital ou medo de “ir ao médico”, sendo que este medo, por vezes, poderá não estar relacionado com dor ou com algum procedimento em particular mas sim com medos e fantasias que as crianças idealizam.

De facto, as crianças neste grupo etário estão particularmente vulneráveis aos efeitos do medo e do *stress* aquando do processo de hospitalização (Salmela, Salanterä & Aronen, 2010), sendo por isso importante perceber quais os stressores e situações geradoras de *stress* nestas crianças em contexto de urgência, o que nos remete para o subcapítulo seguinte.

1.2. O Stress e a criança em idade pré-escolar

De acordo com Sparrow (2007), o *stress* consiste na pressão externa exercida nos sistemas de homeostase humana, bem como na reação fisiológica de alteração dos níveis de neurotransmissores (acompanhada de ajustes nos sistemas cardiovascular, imunológico e cerebral, manifestado por comportamentos previsíveis de *stress*). E segundo Lazarus (1993,1999) citado por Serra (2011), o *stress* diz respeito à relação entre a pressão sentida pelo individuo e a sua resposta psicofisiológica desencadeada perante essa mesma pressão.

A capacidade da criança em idade pré-escolar gerir o seu *stress* e ansiedade, está intimamente relacionada com a maturação das suas estruturas neurais, havendo uma maior predisposição para o medo, bem como um diminuto controlo desse mesmo medo. A criança neste estágio de desenvolvimento tem ainda dificuldade em relacionar a sua experiência do passado com aquilo que está a decorrer no presente. Para a criança compreender expressões como: “apenas vai doer durante um minuto” ou “está quase”, a criança terá que recordar situações passadas com a duração de pequenos períodos de tempo. No entanto, a criança em idade pré-escolar, ainda não tem a capacidade de usar essa informação por forma a conseguir realizar um controlo efetivo do seu *stress* (Krauss, Calligaris, Green & Barbi, 2016).

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) o Foco Stress (Status: comprometido) é definido como:

sentimento de estar sob pressão e ansiedade ao ponto de ser incapaz de funcionar de forma adequada física e mentalmente; sentimento de desconforto; associado a experiências desagradáveis; associado à dor; sentimento de estar física e mentalmente cansado; distúrbio do estado mental e físico do indivíduo.

(OE, 2016, p.86)

Assim, de acordo com esta definição, é possível perceber a importância da prevenção do *stress* na criança em idade pré-escolar e da sua família, bem como a importância da minimização do impacto desse mesmo *stress*.

1.2.1. Stressores e situações indutoras de Stress

Nos primeiros anos de vida, as crianças são por vezes confrontadas com a experiência de hospitalização devido à sua vulnerabilidade e consequente desenvolvimento de doenças. Este processo de doença e de hospitalização pode gerar situações de *stress* e ansiedade para a criança em idade pré-escolar e para a sua família (Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida, 2016).

A criança, como um sistema aberto e interativo, encontra-se em constante interação com stressores ambientais. E esta contínua relação da criança com os fatores de *stress* ambientais podem potenciar reações ao *stress*, pelo que é pressuposto que a intervenção de enfermagem se foque na redução dos stressores que afetam o sistema criança-família, de modo a conseguir obter a estabilidade do sistema e, consequentemente, alcançar um nível máximo de saúde e bem-estar, sendo este o principal foco da intervenção de enfermagem (Neuman & Fawcett, 2011).

Torna-se, por isso, pertinente reforçar que para Neuman e Fawcett (2011), o foco como cliente é a criança, contudo a equipa de enfermagem deve sempre incluir a família no planeamento dos cuidados, definindo como sistema a criança-família. Assim, o objetivo major da intervenção de enfermagem consiste em proporcionar oportunidades para que a criança consiga alcançar um nível máximo de saúde e bem-estar através do estabelecimento de uma parceira de cuidados entre enfermeiro, criança e família.

Ainda de acordo com o Modelo de Sistemas de Betty Neuman, a criança está então exposta a diferentes stressores:

Stressores de Natureza Intrapessoal: Forças internas do ambiente que ocorrem dentro da barreira do sistema da criança;

Stressores de Natureza Interpessoal: Forças ambientais exteriores que ocorrem fora da barreira do sistema da criança mas na faixa proximal;

Stressores de Natureza Extrapessoal: Forças de interação ambiental externas que ocorrem fora das barreiras do sistema da criança mas na faixa distal (Neuman & Fawcett, 2011).

Para além dos stressores a que a criança está sujeita, é importante considerar as situações indutoras de *stress* na criança.

De facto, não existe *stress* sem existirem situações indutoras de *stress* a que a criança é sensível (Serra, 2011).

De acordo com Lazarus e Folkman (1984) citados por Serra (2011), as situações indutoras de *stress* podem ser categorizadas em três diferentes categorias, diferindo apenas entre elas a natureza temporal. Assim, de acordo os autores, as situações indutoras de *stress* podem ser categorizadas como:

Ameaça – uma situação desagradável que é antecipada pela criança mas que efetivamente ainda não ocorreu, sendo por isso uma situação projetada no futuro;

Dano – consiste numa situação desagradável que já ocorreu e que à criança resta apenas aceitar esse acontecimento ou realizar uma reinterpretação de uma forma mais positiva (do seu acontecimento ou das suas consequências);

Desafio – diz respeito a uma circunstância em que a criança sente que está apta para dar resposta às exigências estabelecidas por esse acontecimento.

Efetivamente, a experiência de doença aguda, tratamento e de hospitalização constitui uma fonte de *stress* para a criança e para a sua família (Barros, 2003), sendo por si só uma situação indutora de *stress*.

Associado a este processo de hospitalização, as crianças em idade pré-escolar vivenciam a separação do seu ambiente familiar, dos seus pais, das suas rotinas, bem como a perda de controlo e de autonomia que constituem assim fatores geradores de *stress* (OE, 2011).

A admissão hospitalar, na criança em idade pré-escolar, desperta ainda sentimentos de medo e de ansiedade. Sendo que “uma das experiências mais

traumáticas do hospital para a criança e para os pais é uma admissão de emergência” (Sanders, 2014, p. 1055).

Segundo a CIPE®, o Foco de Atenção: Medo, define-se como: “emoção negativa: sentir-se ameaçado, em perigo ou perturbado devido a causas conhecidas ou desconhecidas, por vezes acompanhado de uma resposta fisiológica do tipo lutar ou fugir” (OE, 2016, p.65). E, ainda de acordo com a CIPE®, Foco de Atenção: Ansiedade é definido como: “emoção negativa: sentimentos de ameaça; perigo ou angústia” (OE, 2016, p.40).

De acordo com Salmela, Salanterä e Aronen (2009), os estudos mais recentes têm indicado que admissões hospitalares frequentes aumentam os sentimentos de ansiedade da criança, sendo por isso importante perceber esta ansiedade bem como os medos associados. Ainda segundo estes autores, as crianças em idade pré-escolar, quando questionadas sobre os seus medos associados ao processo de hospitalização, verbalizam:

- Medo de dor (associado ao processo de doença mas principalmente associado aos procedimentos de enfermagem);
- Medo de ficarem sozinhas e separadas dos pais;
- Medo de lesão corporal;
- Medo de adoecer bem como dos sintomas de doença (febre, dor, ...);
- Medo de “ter de ficar quieto”;
- Medo de realizar análises ao sangue;
- Medo de ser criticado e rejeitado;
- Medo dos procedimentos de enfermagem.

Constituem ainda situações indutoras de *stress* os procedimentos invasivos, que devido às características do estágio de desenvolvimento da criança em idade pré-escolar, são muitas vezes percecionados como uma punição, aliados aos medos fantasiados pela própria criança (OE, 2011). Neste sentido é importante lembrar a importância de realizar sempre uma explicação prévia do procedimento bem como do processo de hospitalização, com recurso a palavras neutras e linguagem simples com termos que não sejam suscetíveis de levar a criança a interpretações erradas (Diogo et al, 2015).

Assim, constitui também como fator de *stress*, a pouca informação fornecida à criança (ou informação que não é adaptada ao seu estágio de desenvolvimento) (OE, 2011). Também a perda de controlo constitui uma situação indutora de *stress* na criança em idade pré-escolar aquando do processo de hospitalização (Salmela et al., 2009; OE, 2011; Monroe, 2014), bem como a perda de autonomia e o exercício de poder exclusivo por parte dos adultos (pais e/ou profissionais) (Salmela et al., 2009).

Sabe-se ainda que aquando da admissão no hospital, a simples abordagem dos profissionais constitui para a criança e para a sua família uma situação geradora de *stress* (Jorge, 2004), sendo que de acordo com Barros (2010) profissionais pouco preparados, ansiosos, que ameaçam a criança e que gritam com esta, têm um forte impacto no aumento da ansiedade da criança pelo que é possível de se afirmar que este tipo de relação constitui um stressor para a criança e para a sua família. Também, ainda de acordo com a autora, pais ansiosos e tensos têm impacto no aumento do *stress* da criança aquando do seu processo de hospitalização. Sendo que, de acordo com Brazelton e Sparrow (2010), perante a preocupação dos pais, as crianças em idade pré-escolar assumem a responsabilidade pela sua doença, culpabilizando-se.

Ao nível do ambiente externo, as crianças em idade pré-escolar verbalizam como fatores de *stress* os sons desconhecidos, instrumentos e equipamentos clínicos desconhecidos, os cheiros hospitalares, as próprias instalações hospitalares, bem como espaços escuros (Salmela et al, 2009; Diogo, 2012).

É necessário que o enfermeiro esteja atento às ameaças que uma ida à urgência implica no desenvolvimento da criança, oferecendo oportunidades para a criança participar nas atividades de acordo com o seu desenvolvimento (ajudando na normalização do ambiente da criança) (Mitre & Gomes, 2004; Sanders, 2014).

Importante ainda referir que, segundo Brazelton e Sparrow (2010) cada criança lida de forma diferente perante uma situação indutora de *stress*, sendo para ela um momento importante de aprendizagem e de adaptação às suas próprias sensibilidades. Percebendo que tem capacidade para superar as suas próprias dificuldades, e quando lhe proporcionado um ambiente de confiança, a criança aumenta a sua autoestima, aprendendo a dominar o medo, a ansiedade (Brazelton & Sparrow, 2010) e a enfrentar, de uma forma saudável, futuras situações indutoras de *stress* (Diogo et al., 2016).

Segundo Broeren e Muris (2009), o medo e a ansiedade da criança são também influenciados por fatores de vulnerabilidade (como por exemplo os comportamentos negativos por parte dos pais) ou por fatores de proteção (por exemplo: autocontrolo e estratégias eficazes de *coping*).

Identificados os stressores e as situações indutoras de *stress* aquando de uma ida à urgência, é importante perceber as manifestações de *stress* na criança em idade pré-escolar, bem como o seu processo de *coping*, o que nos remete para o próximo subcapítulo.

1.2.2. Manifestações indicativas de *Stress* e processo de *Coping*

As manifestações indicativas de *stress* variam de criança para criança, sendo que estas mesmas manifestações são influenciadas pela cultura, pela situação geradora de *stress*, pela própria personalidade da criança bem como pelo facto da criança sentir se tem ou não controlo sobre essa mesma situação que está a decorrer (Serra, 2011).

De acordo com a OE (2011), a criança em idade pré-escolar perante o *stress* da separação dos pais e/ou ambiente familiar reage através do protesto e da negação, manifestando desespero e transferência de sentimentos. Ainda de acordo com os autores, corroborando Sanders (2014), podem ainda ser agressivos física e verbalmente manifestando irritabilidade.

Perante o *stress* da perda de controlo, a OE (2011) refere que a criança pode vivenciar regressão no seu estágio de desenvolvimento. Contudo, Brazelton & Sparrow (2010) alertam sobre a importância da criança em idade pré-escolar experienciar um retrocesso no comportamento depois de uma vivência traumática vivida no contexto hospitalar, como um mecanismo de *coping*.

Ainda perante o *stress* de perda de controlo, as crianças desta idade podem associar a sua ida à urgência a sentimentos de culpa, medo e vergonha. Segundo Sanders (2014), estes sentimentos estão ligados ao facto da criança, pelo seu estágio de desenvolvimento, assumir o processo de hospitalização como uma punição a algo que não tenham realizado de forma correta e esperada. Também poderá ser assumida culpabilização aquando dos procedimentos de enfermagem que possam provocar dor, de acordo com a OE (2011), as crianças em idade pré-escolar podem ainda manifestar

o seu *stress* através de choro, gritos e da verbalização/expressão oral de desconforto (exemplo: “dói”, “ai”).

Tentativas de afastamento do estímulo antes do contacto, pouca colaboração, agitação, sentimentos de desespero e exigência do fim do procedimento, são manifestações indicativas de *stress* associado a procedimentos invasivos que poderão provocar dor aguda à criança (Jacob, 2014).

Também a procura de suporte físico e emocional (abraços, mimos, ...) nos pais e pessoa significativa pode ser um indicador de *stress* na criança, mas também um mecanismo de *coping* desta, assim como a verbalização de medos e o choro (Salmela et al., 2010).

As manifestações de *stress* na criança em idade pré-escolar podem ainda ser apenas percecionados mais tarde, após a sua ida à urgência, segundo Diogo et al. (2015), as crianças em idade pré-escolar podem experienciar distúrbios do sono e da alimentação quando vivenciam situações de *stress* no contexto da sua hospitalização.

O EEESIP deve, por isso, estar atento às manifestações de *stress* da criança em idade pré-escolar por forma a direccionar as suas intervenções no sentido de minimizar esse *stress*, oferecendo-lhe as ferramentas necessárias para o seu processo de *coping*.

De acordo com Folkman e Lazarus (1980,1985) citado por Serra (2011), as estratégias adotadas no processo de *coping* podem ser direccionadas para dois objetivos distintos: para a resolução de problemas (em que a pessoa orienta o seu processo para resolver a situação que lhe induziu *stress*) ou para o controlo das emoções (a pessoa tenta diminuir o estado de tensão emocional, recorrendo a mecanismos redutores dos estados de tensão). Contudo, DeLongis e Newth (1998) citados por Serra (2011), acrescentam ainda uma terceira estratégia de dimensão interpessoal que “diz respeito à forma como a pessoa lida e mantém o relacionamento social com as outras pessoas em situações de *stress*” (Serra, 2011, p.445).

Relativamente às estratégias utilizadas perante situações indutoras de *stress*, Serra (2011) define duas classes distintas: uma primeira que “implica a abordagem e o confronto do problema; a outra, o evitamento da circunstância aversiva” (Serra, 2011, p.445).

De acordo com Lazarus e Folkman (1984) e Norman e Parker (1990), citados por Salmela e colegas (2010), a criança em idade pré-escolar no recurso a estratégias de

coping orientadas para a resolução do problema, a criança “*tries to eliminate fear by seeking information, solving problems or asking adults for help*” (Salmela et al, 2010, p. 1223). No recurso a estratégias direcionadas para o controlo das emoções, a criança em idade pré-escolar lida com o medo por forma a alcançar o seu equilíbrio e bem-estar. A criança pode ainda orientar as suas estratégias de *coping* para a função, tentando combater o medo através de comportamentos agressivos, hiperatividade ou até mesmo através do brincar (Salmela et al, 2010).

A importância das intervenções direcionadas para o processo de *coping* da criança em idade pré-escolar, não são apenas importantes para diminuir o *stress* durante a hospitalização, mas também como medida para que a criança a consiga enfrentar de uma forma positiva, enfrentar e gerir situações futuras de *stress* (Salmela et al, 2010).

No estudo de Salmela e colegas (2010), as principais estratégias de *coping* que a criança desta idade utiliza para lidar com o *stress* inerente aos medos do processo de hospitalização, envolvem a presença dos pais e da equipa multidisciplinar. Imagens positivas, o recurso ao humor, o brincar e os objetos securizantes para a própria criança, são também estratégias essenciais. Contudo, a criança em idade pré-escolar, pode gerir o seu *stress* através da expressão de medos, de pedidos de ajuda, através da aceitação ou rejeição dos medos, do contacto com os irmãos e com os amigos, bem como através do manuseamento de objetos que lhe proporcionem satisfação. Ainda de acordo com os autores, em situações indutoras de *stress* que impliquem lidar com elevados níveis de *stress* (por exemplo: medo da dor), a criança em idade pré-escolar, como forma de *coping*, procura segurança nos adultos, isola-se da situação, e expressa os seus medos em palavras ou através do choro.

1.2.3. Intervenções de enfermagem com foco na minimização do *Stress*

Os pais e as suas crianças, quando chegam a um Serviço de Urgência Pediátrica, dão início ao seu processo de hospitalização. Trazem com eles dúvidas e preocupações às quais devem ser dadas respostas por forma a diminuir, desde logo, a sua ansiedade. Em contexto de urgência, na adoção de intervenções de enfermagem adequadas, é possível criar um ambiente de confiança, permitindo assim a diminuição da ansiedade, dos medos e das dúvidas, quer da criança, quer da sua família (pais) (Fernandes, 2012).

De acordo com Diogo (2010), aquando do processo de hospitalização, a criança e a sua família beneficiam de um ambiente relacional que prima a promoção da sua resiliência, do seu bem-estar e do seu desenvolvimento.

E embora os enfermeiros realizem procedimentos potencialmente dolorosos, estes conseguem conquistar a criança através do estabelecimento de uma relação de confiança (Diogo,2010), promovendo um ambiente seguro e de afeto, influenciando assim, de forma positiva, o estado emocional da criança e da sua família (Diogo,2015).

Na promoção deste ambiente, é importante lembrar que os pais, como peritos nos seus filhos, são parceiros essenciais dos profissionais de saúde (OE, 2011), devendo ser incentivados a permanecer junto do seu filho o máximo de tempo possível. Esta oportunidade é essencial para que os pais consigam confortar a criança, mas também permite à equipa de enfermagem perceber os medos e receios dos pais (*National Child Traumatic Stress Network [NCTSN]*, 2004). Contudo, Brazelton (2000) alerta que, frequentemente, a ansiedade dos pais é camuflada por forma a transmitir confiança à própria criança, sendo por isso importante que os profissionais de saúde sejam capazes de reconhecer esta mesma ansiedade para que possam definir as suas intervenções também no sentido de ajudar os pais (Brazelton, 2000), envolvendo-os sempre como parte integrante dos cuidados e promovendo cuidados não traumáticos (Fernandes, 2012).

Em contexto de urgência pediátrica, a família deve ser um participante ativo no tratamento da sua criança, sendo que precisa de suporte por parte dos profissionais para atingir esse objetivo. Assim, a família necessita de um suporte emocional que permita que ela própria consiga gerir o seu próprio *stress* e medos de uma forma positiva, aumentando o seu nível de co-responsabilidade no processo de cuidar (Cunha, Ferreira & Silva, 2014).

E na verdade, segundo Brazelton (2000), se os pais, perante uma situação nova e diferente, transmitirem confiança à própria criança, também ela se sentirá protegida e confiante nas suas capacidades e nas dos próprios pais. Os pais devem então ser incentivados a ser sempre honestos com o seu filho, bem como incentivados a expressar os seus sentimentos, medos e receios (Brazelton & Sparrow, 2010).

O envolvimento dos pais como intervenção de enfermagem deverá ser como apoio à criança e não como mais um elemento para a contenção física desta. Deste modo,

os pais deverão ser devidamente preparados e informados sobre qual a sua conduta durante o procedimento (potenciando o seu apoio à criança) (DGS, 2012).

Particularmente num Serviço de Urgência Pediátrica, como vimos anteriormente, a família tem um importante papel na dinâmica de cuidados, bem como de suporte no processo de hospitalização da criança. Contudo a hospitalização da criança também surge de forma inesperada para a própria família, que também “carrega” medos uma vez que muitas vezes a criança é submetida a procedimentos extraordinários em situações limite, sem que, por vezes, neste contexto não haja, de uma forma explícita, uma explicação prévia e declarada por parte dos profissionais de saúde (Cunha, Ferreira & Silva, 2014).

De acordo com Cunha, Ferreira e Silva (2014) e com Diogo (2015), o tempo que é despendido com a criança e com a sua família, na preparação para a realização de um procedimento de enfermagem, permite uma melhor colaboração por parte da criança, diminuindo assim o sofrimento associado a esse mesmo procedimento, o que vai ao encontro de Brazelton (2000), quando refere que é possível prevenir reações traumáticas aquando do processo de hospitalização, com uma preparação prévia e adequada da criança e da sua família, permitindo que estas vivenciem o processo de hospitalização como uma experiência positiva.

É importante que o enfermeiro esteja atento às ameaças que uma ida à urgência implica no desenvolvimento da criança, oferecendo oportunidades para que esta consiga participar em atividades de acordo com o seu estágio de desenvolvimento, contribuindo assim para a normalização do ambiente (Mitre & Gomes, 2004; Sanders, 2014).

De acordo com Mitre e Gomes (2004), para que a criança consiga gerir o *stress* inerente ao processo de hospitalização, é importante que esta tenha ao seu dispor instrumentos que domine e conheça. A presença de um objeto securizante ajuda-a, de acordo com Brazelton e Sparrow (2010), a gerir o seu *stress* aquando da vivência de um momento traumático. Neste sentido importa perceber a importância que o brincar terapêutico adquire em contexto de urgência.

Brincar é considerado como uma das formas mais importantes de comunicação sendo uma importante técnica de relacionamento entre e com as crianças. Brincar permite não só perceber a evolução do desenvolvimento social, cognitivo e físico da criança, mas também ajudar na diminuição do trauma que possa advir de um processo

de doença/hospitalização (Hockenberry, 2014), proporcionando controle à criança (Brazelton & Sparrow, 2010), diminuindo assim os medos e os sentimentos negativos aquando da sua ida à urgência (Sanders, 2014).

A ansiedade que advém do processo de hospitalização poderá ser entendida como uma consequência desta, bem como um fator que pode potencializar o seu prolongamento. Esta ansiedade poderá estar relacionada com a própria doença bem como com os procedimentos a que a criança está sujeita (Barros, 2003).

De acordo com Barros (2010), a dor associada a procedimentos invasivos, regra geral, é uma dor aguda breve, uma vez que termina quando o procedimento acaba. Ainda de acordo com a autora, a dor associada a procedimentos invasivos simples “está intimamente associada a ansiedade antecipatória” (Barros, 2010, p. 286).

O medo e a ansiedade aumentam os sentimentos de sofrimento físico e diminuem a tolerância à dor. Assim, quanto maior a ansiedade maior a sensação de dor, pelo que é possível afirmar que a ansiedade potencializa a dor (Barros, 2010; DGS, 2012).

Neste sentido é importante lembrar que “as experiências de dor, de doença e do seu tratamento implicam muitas vezes um grau elevado de *stress*” (Barros, 2003, p. 61) nas crianças, contudo é possível que sejam criadas estratégias que permitam que a criança consiga controlar esse mesmo *stress* (Barros, 2003).

É importante, por isso, que as famílias e os profissionais da equipa multidisciplinar direcionem as suas intervenções com foco na minimização da ansiedade, também antes dos procedimentos (Howard, Carter & Curry, 2012).

Assim, é importante referenciar a filosofia de cuidados que está implícita no que tem vindo a ser abordado ao longo deste capítulo. Os cuidados à criança e à família têm como referência os Cuidados Não Traumáticos bem como os CCF.

Os Cuidados Não Traumáticos são definidos por Hockenberry (2014) como os cuidados terapêuticos prestados pelos profissionais de saúde, cujas intervenções visam a minimização ou eliminação do sofrimento físico e psicológico sentido pela criança e pela sua família. O principal objetivo consiste em não causar qualquer tipo de danos, sendo que a mesma autora refere que existem três princípios essenciais para o cumprimento desse objetivo: evitar ou minimizar a separação da criança da sua família; proporcionar sensação de controle à criança e à sua família nos cuidados de saúde; evitar ou minimizar a dor e a lesão corporal. Estes pressupostos vão ao encontro do preconizado pela Convenção sobre os Direitos da Criança,

nomeadamente nos Artigos 9º, 12º, 13º, 19º e 24º (*United Nations Children's Fund* [UNICEF], 1990), bem como pela Carta da Criança Hospitalizada (Instituto de Apoio à Criança [IAC], 1998). Todos estes pressupostos estão intimamente relacionados com a Filosofia de CCF.

Nos CCF as necessidades da criança e da família são centrais no processo do cuidar pediátrico (Apolinário, 2012), reconhecendo a família como constante na vida da criança e como principal suporte desta (Hockenberry & Barrera, 2014). A Ordem dos Enfermeiros, define ainda que “o conceito de pessoa é especificado (...) sob o binómio: a criança/jovem e a família” (OE, 2015, p. 16661), pelo que é indissociável.

Esta filosofia de cuidados pressupõe então quatro conceitos básicos: Dignidade e Respeito, Partilha de Informação, Participação e Colaboração (*Institute for Patient- and Family-Centered Care* [IPFCF], 2017).

De acordo com o IPFCF (2017), os profissionais de saúde devem escutar e tentar compreender as perspetivas e as escolhas da criança e da sua família, respeitando os seus conhecimentos, valores, a sua cultura e as suas crenças, incorporando-os no seu plano de cuidados. Também a partilha de informação deve ser constante, estando implícita a comunicação e partilha de informação clara, objetiva e imparcial por parte dos profissionais de saúde, para que a tomada de decisão, por parte da criança e da sua família, seja consciente e haja, efetivamente, uma participação da criança e da sua família nos cuidados de saúde. Esta participação, na tomada de decisão e na participação ativa nos cuidados, deve ser encorajada e apoiada pelos profissionais de saúde para que exista efetivamente uma colaboração em parceria entre criança, família e profissionais de saúde.

A parceira de cuidados, de acordo com a OE (2015), implica uma comunicação efetiva, sendo a criança e a sua família integradas na prestação de cuidados, articulando-se de forma dinâmica e equitativa.

De acordo com Mendes e Martins (2012), é possível desenvolver uma relação de parceria através do processo dinâmico que pressupõe intervenções, interação e partilha de poder entre os diferentes membros da relação (enfermeiro – criança – família). Assim, é importante que os elementos da relação consigam estabelecer a partilha das suas experiências, conhecimentos e perícia, desenvolvendo uma relação de confiança.

Desta forma, na prática dos CCF, é possível ir ao encontro do Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, na medida em que à criança assiste o direito de liberdade de expressão e de autodeterminação, tendo opinião no que diz respeito ao seu plano de cuidados, tendo o direito de consentir nas decisões sobre a sua situação clínica, bem como na criança e melhoria dos serviços de saúde (OE, 2015).

Contudo, e de acordo Dudley e colegas (2015), em contexto de urgência pediátrica, existem desafios para a implementação da filosofia de CCF. A falta de uma relação prévia entre profissionais-criança-família, a natureza da ida à urgência, a sobrelotação do espaço físico e de recursos humanos, podem constituir fatores impeditivos a este tipo de cuidados. No entanto, os mesmos autores alertam que é importante reunir esforços para que seja implementada a prestação de CCF, sendo que, apesar de todos estes fatores, é possível e recomendável que num SUP sejam prestados CCF, contribuindo assim para uma melhoria contínua nos cuidados de enfermagem ao utente pediátrico e à sua família.

2. PERCURSO FORMATIVO

Após a apresentação do problema e realizado um breve enquadramento conceptual, torna-se importante neste capítulo descrever e analisar, de forma crítica e reflexiva, o percurso formativo desenvolvido nos diferentes contextos de estágio, referindo as atividades e as competências desenvolvidas ao longo deste processo, bem como os seus contributos para atingir os objetivos definidos.

2.1. Definição dos objetivos gerais e específicos

Para o desenvolvimento de competências de EE e de EEESIP, nomeadamente no âmbito *stress* da criança em idade pré-escolar em contexto de urgência pediátrica, foram definidos como objetivos gerais ^(1,2) e específicos:

- 1) Desenvolver competências de Enfermeiro Especialista no cuidado à criança, ao adolescente e família nas várias etapas do desenvolvimento e em diferentes contextos de prática
 - Prestar cuidados promotores de ganhos em saúde ao Recém-Nascido (RN), à criança, ao adolescente e família em diferentes estádios de desenvolvimento;
 - Desenvolver competências de gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança e do adolescente em diferentes contextos;
 - Desenvolver competências de gestão diferenciada da dor e do bem-estar do RN em situação de internamento;
- 2) Desenvolver competências com foco na minimização do *stress* nas crianças em idade pré-escolar em contexto de urgência
 - Identificar os fatores de *stress* nas crianças em idade pré-escolar no contexto de urgência pediátrica;

- Desenvolver intervenções de enfermagem promotoras da diminuição do *stress* em crianças deste grupo etário e neste contexto.

2.2. Contextos de estágio: breve caracterização e justificação da sua escolha

De acordo com Benner (2001), a prática clínica é, por si só, um modo do enfermeiro desenvolver conhecimento e experiência, sendo importante a adoção de estratégias no sentido de desenvolver e melhorar esse mesmo conhecimento, nomeadamente ao nível da descrição e documentação dos seus julgamentos clínicos, dos seus comportamentos e dos seus casos clínicos, bem como as mudanças que vão sendo observadas na prática clínica. Segundo Benner, “uma boa descrição do conhecimento prático é essencial ao desenvolvimento e ao alargamento da teoria em enfermagem” (Benner, 2001, p.40).

Para Alarcão e Rua (2005), os estágios clínicos constituem assim os momentos de observação e intervenção em diferentes contextos da prática clínica, cujo objetivo consiste no desenvolvimento de competências, atitudes e capacidades.

Assim, o percurso delineado para o desenvolvimento do processo formativo, assume grande relevância no sentido de haver uma seleção de locais de estágio que permita dar resposta aos objetivos previamente delineados, ao desenvolvimento de competências de EE e EEESIP, bem como resposta ao problema identificado. O percurso de estágio teve a duração de dezoito semanas distribuídas por seis locais distintos: Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) em articulação com a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), Serviço de Internamento de Pediatria (SIP), Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral (CRPC) e dois Serviços de Urgência Pediátrica (SUP). A organização do percurso de estágio apresenta-se no Apêndice I.

A UCSP está inserida num Agrupamento de Centros de Saúde constituído por cinco UCSP, duas Unidades de Saúde Familiar (USF) de modelo A, quatro USF de modelo B, uma Unidade de Saúde Pública com dois pólos distintos e uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados. É o ACES com o qual o serviço onde exerço funções realiza maior articulação, pelo que foi importante incluir no meu percurso de

estágio este local. Ao longo do estágio tive a oportunidade de, no ACES, estar integrada em duas UCSP (Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados), bem como na UCC (Unidade de Cuidados na Comunidade), nomeadamente na Saúde Escolar e no NACJR (Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco).

A UCIN, onde teve lugar o segundo estágio, está inserida num Centro Hospitalar Central com o qual o serviço onde exerço funções realiza articulação. Trata-se de uma unidade neonatal com capacidade para oito vagas de cuidados intensivos e dez de cuidados intermédios, tendo em desenvolvimento vários projetos, nomeadamente ao nível da gestão da dor e do *stress* no RN, entre outros. Esta opção também teve a ver com o facto de ter identificado previamente no Autodiagnostico a necessidade de desenvolver cuidados especializados ao RN particularmente ao RN de pré-termo e à sua família.

O SIP onde teve lugar o terceiro local de estágio, não estava previamente selecionado. Por questões de gestão de recursos humanos, houve necessidade de trocar de serviço. Contudo, este SIP continuava inserido no Centro Hospitalar Central de referência, pelo que foi um importante local de estágio. Este abrangia todas as faixas etárias infantis, dos zero aos dezoito anos menos um dia, e sob três valências de especialidade médica: gastroenterologia, nefrologia e infeciologia, pelo que permitiu continuar o desenvolvimento de competências específicas do EEESIP e comuns do EE, nomeadamente em situações de especial complexidade, e no contexto de internamento.

O CRPC é composto por duas unidades (com funções e tipologias distintas, mas integradas e complementares entre si) nomeadamente a Unidade de Habilitação e Desenvolvimento (UHD) e a Unidade de Reabilitação e Integração Socio Ocupacional. A UHD integra utentes dos zero aos dezoito anos de idade, e desenvolve estratégias com vista ao desenvolvimento de competências neuromotoras e cognitivas dos utentes, permitindo a maximização da participação e integração social da criança e adolescente com paralisia cerebral e outras patologias do fórum neuromotor, prevenindo assim complicações resultantes da sua incapacidade. A frequência neste local de estágio permitiu também o desenvolvimento de competências ao nível da comunicação que em muito serão úteis ao longo do meu percurso profissional.

O quinto estágio teve lugar num SUP que articula diretamente com o SUP onde atualmente exerço funções pelo que foi importante conhecer a sua organização, os

projetos que tem em curso, bem como perceber quais as intervenções da equipa de enfermagem na minimização do *stress* da criança em idade pré-escolar. Trata-se de um SUP de um hospital central, que integra diferentes especialidades médicas, bem como cuidados especializados ao utente crítico e família.

O percurso de estágio terminou no SUP onde exerço funções, no qual surgiu a problemática em estudo que foi desenvolvida com a equipa de enfermagem, uma vez que a temática emergiu igualmente das necessidades da equipa. Trata-se de um SUP que admite crianças dos zero aos dezoito anos menos um dia, com diferentes valências médicas.

Por forma a diferenciar os dois SUP, ao longo do presente relatório será definido “SUP – contexto 1” para o quinto local de estágio e “SUP – contexto 2” para o sexto local de estágio.

2.3. Análise crítica e reflexiva sobre as competências de Enfermeiro Especialista desenvolvidas em estágio

Segundo Benner (2001), o enfermeiro, através da aquisição e desenvolvimento de competências, realiza um progresso pelos diferentes níveis de competência: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Sendo que, ainda de acordo com a mesma autora, é importante que o enfermeiro reflita sobre a sua prática e experiência, para que consiga esse mesmo desenvolvimento de competências.

Assim, irá ser realizada uma análise crítica e reflexiva do meu percurso de estágio, nomeadamente das atividades desenvolvidas nos diferentes contextos, bem como das competências adquiridas e desenvolvidas do EE e EEESIP.

Em todos os locais de estágio foram elaborados e apresentados os respetivos Documentos Orientadores de Estágio ao Enfermeiro Chefe bem como ao Enfermeiro Orientador. A apresentação teve como objetivo dar a conhecer a problemática em estudo, os objetivos definidos, bem como as atividades delineadas por forma a adquirir e desenvolver competências de EE e EEESIP. Algumas atividades delineadas foram comuns aos diferentes contextos de estágio como: consulta dos objetivos, organização e recursos do serviço onde decorreram

os diferentes contextos de estágio, bem como consulta e leitura de normas e protocolos de resposta às necessidades da criança e do jovem.

2.3.1. Desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica no cuidado à criança, ao adolescente e família nas várias etapas do desenvolvimento e em diferentes contextos de prática

Os estágios na UCSP, UCIN, SIP, CRPC e SUP proporcionaram-me diferentes momentos de aprendizagem que permitiam a aquisição e desenvolvimento de competências do EE e EEESIP, bem como a concretização do primeiro objetivo geral definido. As atividades realizadas para a concretização dos objetivos delineados, serão abordadas de seguida.

O início do percurso de estágio em Cuidados de Saúde Primários, nomeadamente em UCSP foi uma experiência bastante enriquecedora na minha aprendizagem. A avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança e do adolescente foi uma das principais atividades tendo sido importante o acompanhamento da vigilância de saúde da criança nos diferentes estádios de desenvolvimento (e respetivas “idades-chave”) de acordo com o preconizado pelo PNSIJ (Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil).

Nas UCSP tive a oportunidade de participar em Consultas de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil o que me permitiu a prestação de cuidados promotores do crescimento e desenvolvimento da criança e do adolescente. Inicialmente nas consultas adotei um postura de observação participativa, tendo mais tarde realizado consultas de forma autónoma, embora com supervisão da enfermeira orientadora. As consultas de enfermagem tiveram como objetivo a avaliação e prestação de cuidados promotores do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, bem como cuidados promotores de vinculação no RN, valorizando os cuidados antecipatórios como fator de promoção de saúde e prevenção de doença. A realização destas consultas permitiu-me assim o desenvolvimento de competências do EEESIP nomeadamente a competência “Assiste a criança/jovem com família, na maximização da sua saúde” (OE, 2018, p. 19192), pois permitiu estabelecer com a criança, com o jovem e com a sua família, uma parceria de cuidados com vista à promoção da sua saúde.

Aquando da participação nas consultas de enfermagem, tive a oportunidade de aplicar a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de *Mary Sheridan* Modificada, bem como a Escala de Sinais de Alarme preconizada pelo PNSIJ. Nunca havia utilizado a Escala de *Mary Sheridan*, pelo que foi importante ter realizado uma pesquisa prévia para a sua correta aplicação. A aplicação desta escala permitiu-me desenvolver uma observação crítica do comportamento da criança. Ao longo das diferentes consultas de enfermagem, a aplicação da escala não foi realizada de uma forma rígida e ordenada, mas resultou sim do culminar de uma observação avaliativa do comportamento da criança. Em cada consulta foi dada liberdade à criança para explorar o espaço que a rodeava, começando a minha avaliação a partir do momento em que esta entrava na sala de enfermagem. Esta observação em que a criança não se sentia “alvo de atenções”, permitiu-me perceber melhor o seu comportamento dando-lhe espaço para que se sentisse mais à vontade. Tal comportamento profissional vai ao encontro com o preconizado pelo PNSIJ em vigor. Esta observação aliada à aplicação da Escala de Avaliação do Desenvolvimento de *Mary Sheridan* permitiu por isso uma avaliação mais completa da criança e da sua família.

Também o acompanhamento do recém-nascido e da sua família foi bastante interessante e, por ser um estágio de cinco semanas, permitiu-me realizar o seu pleno acompanhamento conseguindo concretizar uma avaliação mais completa da “dinâmica familiar e da rede de suporte sociofamiliar” (DGS, 2013, p. 12) uma vez que consegui ter contacto com o mesmo RN e com a sua família, em mais do que um momento.

Nas consultas com o RN e com a família, apliquei a *Neonatal Behavioral Observations* (NBO), que consiste no conjunto de observações compartilhadas destinadas a ajudar o profissional e os pais, na observação das capacidades comportamentais do bebé, bem como na identificação do tipo de apoio que a criança precisa para que o seu crescimento e desenvolvimento sejam bem-sucedidos (Nugent, Keefer, Minear, Johnson & Blanchard, 2007). A NBO é baseada na *Neonatal Behavioral Assesment Scale*, (ferramenta de pesquisa ou utilizada na avaliação da relação inicial pais – bebé como um “guia” que ajuda os pais a direcionar a sua atenção para a individualidade do seu bebé, desenvolvendo com este um forte e saudável vínculo). É ainda utilizada como um instrumento de descoberta do perfil e linguagem de cada bebé, surgindo, desta forma, uma excelente oportunidade de ajuda

para que os pais e profissionais consigam delinear estratégias e intervenções, adaptando e integrando de uma forma positiva, a família (Gomes-Pedro, 2003).

Vários estudos têm demonstrado que o facto de se mostrar aos pais as características únicas do seu bebé, permite o desenvolvimento de uma percepção positiva deste e, conseqüentemente, uma maior interação entre eles (Wheeler, 2014), permitindo ainda um olhar para a família, bebé e profissional numa abordagem “mais total, porque mais próxima do Homem, enquanto Pessoa” (Gomes-Pedro, 2003, p. 391). O bebé, ao longo dos primeiros meses, desenvolve a sua capacidade de relação com os pais através de várias fases em que progride até ao estágio em que consegue “distinguir” os “seres humanos” e “os pais” (Jorge, 2004)

Os enfermeiros têm uma intervenção fundamental em ajudar os pais e cuidadores a perceber os comportamentos do recém-nascido para que possam cuidar dele diariamente construindo uma forte vinculação. Quanto mais se sabe sobre a complexidade do recém-nascido e sobre o seu potencial de influenciar o meio envolvente interagindo com os pais, maior é a evidência da importância da promoção de relações positivas entre criança-pais. Esta relação tem inerente a compreensão das várias etapas comportamentais da sua formação, bem como a consciência das variáveis que aumentam ou confundem este processo. Cabe ao profissional a utilização de métodos de educação aos pais para a compreensão e desenvolvimento de uma relação positiva com a sua criança (reconhecendo os seus potenciais problemas conhecidos *à priori*). A formação do vínculo bebé-pais pode ser influenciado de uma forma positiva pelos enfermeiros, uma vez que estes fornecem as ferramentas necessárias para o reconhecimento da individualidade e particularidade do recém-nascido explicando aos pais as características do recém-nascido (Wheeler, 2014).

O desafio da perinatologia atual consiste em garantir oportunidades para que possa ser construída uma forte aliança entre os profissionais e as famílias dos recém-nascidos. Esta aliança é construída pelas partilhas na descoberta da individualidade e particularidade de cada recém-nascido, conhecendo e reconhecendo as suas competências e especificidades. Esta “relação de aliança” requer confiança na construção de um caminho que reconhece, para além das competências, as vulnerabilidades inerentes a cada bebé e sua família. É neste sentido que a

intervenção do profissional se torna importante mesmo antes do nascimento do bebé, naquilo que é chamado do primeiro *touchpoint* (Gomes-Pedro, 2003).

Desta forma, o facto de ter trabalho com os pais a NBO, permitiu-me também o desenvolvimento da competência “Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde” (OE, 2018, p.19192), nomeadamente na unidade de competência E.1.1., e da competência “Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (OE, 2018, p.19194), nomeadamente nas unidades de competências E3.1 e E3.3. Tive ainda a oportunidade, no contexto da UCC de participar no Encontro sobre Aleitamento Materno. O encontro é realizado semestralmente e tem como objetivo o encontro de grávidas e puérperas da área do ACES, havendo lugar para a exposição e esclarecimento de dúvidas sobre o aleitamento materno. O facto de poder ter tido a oportunidade de perceber quais as principais dúvidas das grávidas e puérperas, constituiu também uma importante ferramenta para o desenvolvimento das competências anteriormente mencionadas.

Fui percebendo ao longo das consultas de enfermagem que o momento de vacinação era um dos mais temidos quer para os pais quer para as crianças. De acordo com Instituto de Apoio à Criança (IAC) (2006), a vacinação e o Teste de Guthrie são os principais momentos que podem potenciar dor e *stress* na criança em contexto de cuidados de saúde primários.

No UCSP onde se desenvolveu o estágio, os profissionais de saúde haviam adotado estratégias para o controlo da dor e do *stress* aquando dos procedimentos invasivos (nomeadamente aquando da vacinação), sendo a técnica de distração a mais utilizada. Apesar do recurso a esta estratégia não farmacológica, a equipa de enfermagem sentia que muitas vezes as crianças não vinham devidamente preparadas para o momento de vacinação, e nem os pais sabiam qual a sua melhor conduta por forma a auxiliar o seu filho no controlo da dor e do *stress* aquando da vacinação. Neste sentido realizou-se um folheto informativo “O meu filho vai ser vacinado e agora? Como posso ajudá-lo” (Apêndice II), com o objetivo de informar os pais sobre a importância da vacinação, bem como a importância da sua conduta na preparação do seu filho para a vacinação: como preparar a criança para o dia da vacina, qual a postura aquando do momento de vacinação, expressões a evitar e comportamentos mais frequentes da criança durante o procedimento. Este folheto

também teve como propósito da capacitação dos pais nos cuidados aquando da preparação e do momento da vacinação indo ao encontro com o preconizado pelo PNSIJ (DGS, 2013), sendo que os enfermeiros na sua explicação transmitem orientações antecipatórias aos pais (ou pessoa significativa), no sentido de maximizar o potencial de desenvolvimento infantil (OE, 2015a). Por forma a facilitar a compreensão dos pais aquando da leitura do mesmo, este foi organizado de acordo com os momentos de vacinação contemplados pelo Plano Nacional de Vacinação, nomeadamente nos grupos etários dos 0 aos 18 meses de idade, 5 anos e 10 anos de idade. Esta atividade permitiu o desenvolvimento de competências do EEESIP “Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde” (OE, 2018, p.19192) e “Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade” (OE, 2018, p.19193) nomeadamente nas unidades de competência E2.2. e E2.4.

Ainda neste seguimento, fui também percebendo que a dor associada aos procedimentos na criança e no jovem, muitas vezes não era avaliada não sendo por isso definidas intervenções de enfermagem no sentido de minimizar a dor na criança e no jovem. Também verifiquei que apenas estavam disponíveis duas escalas de avaliação da dor no sistema utilizado no ACES, o sistema informático SClinico®, nomeadamente a Escala Numérica da Dor e Escala Visual Analógica. Identifiquei assim, com a enfermeira orientadora, a necessidade de avaliação da dor da criança aquando de procedimentos invasivos, nomeadamente na vacinação ou no Teste de Diagnostico Precoce no RN, por forma a promover o bem-estar do RN, da criança e da sua família.

Como já havia sido referido no capítulo do enquadramento conceptual, de acordo com Barros (2010), a dor associada a procedimentos invasivos, regra geral, é uma dor aguda breve, uma vez que termina quando o procedimento acaba. Ainda de acordo com a autora, a dor associada a procedimentos invasivos simples, como é o caso da vacinação, “está intimamente associada a ansiedade antecipatória” (Barros, 2010, p. 286), pelo que não é possível de ser controlada com analgésicos. O medo e a ansiedade aumentam os sentimentos de sofrimento físico e diminuem a tolerância à dor. Assim, quanto maior a ansiedade maior a sensação de dor, pelo que é possível afirmar que a ansiedade potencializa a dor (Barros, 2010).

Neste sentido surgiu a atividade de realização do “Manual de Apoio e Atuação na Avaliação e Gestão da Dor no Utente Pediátrico” (Apêndice III) que ficou

posteriormente implementado no ACES. No Manual foi realizada uma breve abordagem sobre a dor pediátrica, seguindo-se de interpretação e aplicação de escalas da dor de acordo com a Orientação nº014/2010 da DGS (DGS, 2010) e com a Orientação nº022/2012 (DGS, 2012), avaliação e gestão da dor no RN, no latente até aos 18 meses, na criança aos 5 e 10 anos, bem como estratégias não farmacológicas de acordo com o grupo etário, seguindo-se de uma breve explicitação de um estudo sobre a utilização do creme EMLA® aquando do momento de vacinação e como medida farmacológica no controlo da dor.

Posteriormente à aprovação do Manual, realizei um Plano de Formação: “Apresentação do Manual de Apoio e Atuação na Avaliação e Gestão da Dor no Utente Pediátrico” (Apêndice IV), tendo realizado a respetiva Sessão de Formação (Apêndice V) à equipa de enfermeiros do ACES, com recurso ao Método Expositivo e de Discussão Orientada. Na formação estiveram presentes parte dos enfermeiros do ACES, tendo sido um ótimo momento de partilha de conhecimentos e enriquecimento profissional. Com a aprovação do Manual pela direção de enfermagem do ACES, ficou a proposta de parametrização das diferentes escalas de avaliação da dor pediátrica, no sistema SClinico®, por forma a ficar acessível a todos os enfermeiros do ACES, permitindo assim a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem. Estas atividades permitiram o desenvolvimento de competências do EEESIP “Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade” (OE, 2018, p.19193) nomeadamente nas unidades de competência E2.2.e E2.4., bem de competências de EE “A2 – Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (OE, 2019, p.4746) e “B2- Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria continua” (OE, 2019, p.4747). Ainda na sequência de desenvolvimento de competências ao nível de programas de melhoria contínua, por sugestão do grupo de EEESIP do ACES, dei início a uma Plataforma de *Guidelines* em Pediatria (Apêndice VI). A plataforma surge como um útil instrumento de trabalho, na medida em que permite a promoção contínua da qualidade de cuidados, estando as intervenções de enfermagem suportadas pela prática baseada na evidência científica, bem como nas orientações e normas regulamentadas pela Direção-Geral da Saúde (DGS). A plataforma será atualizada mensalmente pela equipa de EEESIP do ACES e estará disponível para consulta por todos os enfermeiros do ACES.

Tive também a oportunidade de participar em duas reuniões de consultoria do NACJR. Estas reuniões incluíam um grupo constituído por dois EEESIP, um assistente social e um psicólogo. A principal função do NACJR consiste em apoiar os profissionais de saúde, ao nível de intervenção de primeiro nível, nomeadamente na prevenção dos maus-tratos à criança e ao jovem bem como de consultoria de forma direta em casos específicos de ameaça à criança e ao jovem. Nas reuniões em que participei foram analisados diferentes casos em que o principal objetivo do grupo consistiu em detetar, sinalizar, acompanhar e encaminhar os casos onde existe a suspeita, risco ou perigo de maus tratos. De acordo com a DGS (2011), existem diferentes tipologias de maus tratos: negligência, mau trato físico, mau trato psicológico/emocional, abuso sexual e Síndrome de *Munchausen* por Procuração. O facto de ter integrado esta equipa, permitiu-me perceber qual o tratamento e encaminhamento que é feito após a primeira sinalização, o que para mim foi importante uma vez que no meu local de trabalho é frequentemente realizada uma primeira sinalização embora depois, enquanto profissional de saúde, perca o seguimento do caso em questão. Perceber a forma como é realizada a intervenção do Núcleo permite também estar alerta a outros sinais indicativos de maus tratos na criança e no jovem. Foi ainda importante perceber a intervenção do EEESIP dentro do Núcleo. O EEESIP enquanto membro deste Núcleo, realiza uma “deteção precoce e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida” (OE, 2018, p.19192), bem como “avaliar a família e responder às suas necessidades, nomeadamente no âmbito da adaptação às mudanças na saúde e dinâmica familiar” (OE, 2018, p.19192).

Esta atividade permitiu-me ainda o desenvolvimento da competência do EEESIP “Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde” (OE, 2018, p. 19192), nomeadamente na unidade de competência E.1.2., bem como o desenvolvimento da competência do EE “A2 – Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”, nomeadamente na unidade de competência A2.1.

Ainda dentro da dinâmica da UCC, e no âmbito do Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE), foi possível assistir a diferentes consultas de enfermagem no Gabinete do Aluno. Dado não ter qualquer experiência na saúde escolar e apenas ter um dia de estágio destinado a esta área, durante as consultas de enfermagem no

Gabinete do Aluno, apenas observei o EEESIP na interação de forma individual e em diferentes contextos. Percebi que o EEESIP consegue ter uma visão ampla dentro da equipa escolar, vendo a criança e o jovem integrado na comunidade escolar, podendo atuar não só apenas ao nível individual mas também ao nível do grupo escolar através da consciencialização da importância das escolhas e comportamentos de saúde. De acordo com o PNSE, “todos os fatores que influenciam a saúde a nível individual e coletivo relacionam-se e articulam-se nos seguintes eixos: capacitação; ambiente escolar e saúde; condições de saúde; qualidade e inovação; formação e investigação em saúde escolar; parcerias” (DGS, 2015, p.21). Foi ainda interessante perceber as intervenções de enfermagem que são desenvolvidas nos diferentes projetos que estão em curso, especialmente ao nível do projeto “Amanhã vou à escola” que consiste num projeto de inclusão escolar dirigido às crianças e jovens com Diabetes *Mellitus* tipo I e articula diretamente com o Grupo de Diabetes do serviço onde eu exerço funções. A observação do EEESIP nas consultas em Saúde Escolar, permitiu-me o desenvolvimento de competências do EEESIP como “Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde” (OE, 2018, 19192) nomeadamente na unidade de competência E1.2, bem como desenvolvimento da competência “Cuida da criança/jovem e família nas situações especial complexidade” (OE, 2018, 19193), nomeadamente na unidade de competência E2.5., e por fim a competência “Presta cuidados específico em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (OE, 2018, 19194), nomeadamente na unidade de competência E3.1., E3.3., E3.4. Todas as atividades desenvolvidas em cuidados de saúde primários, foram então importantes alicerces para o contínuo desenvolvimento de competências do EEESIP e do EE ao longo de todo o meu percurso formativo.

Aquando do início do estágio na UCIN, senti-me bastante assustada e totalmente fora da “minha zona de conforto” profissional. Embora tenha experiência em urgência pediátrica, uma UCIN é um contexto bastante específico e que exige uma importante revisão da literatura atual, bem como um esforço adicional para o desenvolvimento de competências. Numa primeira fase foi importante a observação e acompanhamento do enfermeiro orientador na prestação de cuidados ao RN de termo e de pré-termo e família, sendo que numa fase posterior foi-me possível adotar uma postura mais ativa na identificação e resposta às necessidades do RN e da família, na utilização de

estratégias de promoção de vinculação no RN doente ou com necessidades especiais, bem como no planeamento da alta do RN e da sua família.

A UCIN admite na sua maioria, RN de pré-termo, sendo que atualmente, e de acordo com Altimier (2013), os RN com 22 semanas de gestação têm mais oportunidades de sobrevivência devido aos avanços tecnológicos. Contudo, devido à sua prematuridade, estes RN têm maior probabilidade de desenvolver défices cognitivos, distúrbios do comportamento, deficiências motoras, entre outros (Altimier, 2013). Neste sentido é importante a aplicação de medidas neuroprotetoras (estratégias de prevenção de morte de células neonatais). De acordo com Coughlin e colegas (2009) citados por Altimier (2013), a proteção do sono, controlo e manutenção da dor e do *stress*, CCF, ambiente e atividades de vida diárias (posicionamento, alimentação e cuidado cutâneo) são cinco intervenções, que independentemente da patologia do RN de pré-termo, são essenciais na promoção do seu crescimento e desenvolvimento saudável. Altimier (2013) acrescenta ainda a proteção cutânea e a otimização da nutrição como duas medidas neuroprotetoras.

Na UCIN verifiquei que os enfermeiros, bem como a restante equipa multidisciplinar, direcionam as suas intervenções com foco na minimização do *stress* do RN, aplicando medidas neuroprotetoras. Existe um cuidado com o ambiente físico, especialmente ao nível da luminosidade, diminuição de ruído, agrupamento dos cuidados (a equipa multidisciplinar realiza um esforço em agrupar os cuidados ao RN por forma a que haja a mínima manipulação possível para que o RN não seja submetido a diferentes momentos de *stress* que possam causar instabilidade), neutralização de cheiros intensos e promoção de CCF. A minha intervenção na UCIN, aquando da prestação de cuidados, teve em conta estas medidas neuroprotetoras por forma a prestar cuidados que visam a maximização da saúde do RN e família, bem como na adoção de estratégias não farmacológicas de controlo da dor no RN.

Estas atividades permitiram o desenvolvimento da competência do EEESIP “Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde” (OE, 2018, p.19192) mais precisamente na unidade de competência E1.2. Contudo, a principal competência do EEESIP desenvolvida neste contexto de estágio foi a “E3 – Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (OE, 2018, p.19194), particularmente na unidade de competência E3.2.

De facto, segundo a neurociência, aquando do período natal, desenvolvem-se as principais etapas de formação da família em que cada membro desempenha o seu papel num sistema de vinculação, sendo as fronteiras tradicionais da família mais permeáveis. É esta permeabilidade que permite a abordagem do profissional como uma oportunidade única no sistema familiar, desenvolvendo uma relação de confiança, aliança e empatia (Gomes-Pedro, 2003). Contudo, pela minha observação, verifiquei que na UCIN existe uma importante fragilidade quer do RN quer da sua família. As circunstâncias não são as idealizadas, e a doença e hospitalização inesperada do RN causam dor e sofrimento à família, dificultando por isso o processo de parentalidade (OE, 2015b).

Neste sentido, e no desenvolvimento da unidade de competência “E3.2. Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais” (OE, 2018, p.19194), senti necessidade de aprofundar o meu conhecimento sobre o Método do Canguru.

A UCIN onde decorreu o estágio tinha no momento a maioria dos seus projetos em “*standby*” devido à reorganização de recursos humanos que tem vindo a ocorrer. Contudo, existe um esforço acrescido da equipa de multidisciplinar em manter os conceitos desses mesmos projetos, como por exemplo: medidas preventivas de lesão cutânea no RN, preparação para o luto da família do RN, promoção da parentalidade positiva, entre outros.

Os internamentos na UCIN são, na sua grande maioria, internamentos de longa duração, várias semanas ou meses (Altimier, 2013) em que, na maior parte das situações, os pais nunca tiveram oportunidade de “pegar o seu filho ao colo”. No entanto, existem intervenções de enfermagem que vão proporcionando a criação de “laços” entre pais e RN. Na UCIN é celebrado o Dia do Pai/Dia da Mãe, o primeiro mês de vida, bem como pequenas “batalhas” que o RN vai vencendo. Na minha observação, um dos momentos mais esperados é o momento em que os pais podem “pegar o seu filho ao colo”, aplicando o Método do Canguru. Aquilo que parece ser um dado adquirido para tantas famílias, nos pais e RN em UCIN é uma conquista.

O Método do Canguru consiste na colocação do recém-nascido na posição vertical e sobre o peito em contacto direto, pele com pele, com a sua mãe/pai no tempo máximo que ambos entendem ser confortável e suficiente. É realizado de uma forma orientada, segura e acompanhada pela equipa de enfermagem capacitada, trazendo

inúmeros benefícios para o RN e para a sua família (DGS, 2012; *World Health Organization* [WHO], 2012; Altimier, 2013; Hall & Anand, 2016). O momento em que os pais estão com o RN em Método Canguru é por isso importante na dinâmica familiar, contudo fui percebendo que os pais sentiam que estavam a criar uma forte ligação com o RN durante o método mas que não conheciam efetivamente todos os benefícios que este método traz quer para o RN quer para os próprios pais. Neste sentido, surgiu a necessidade de realização de um Poster sobre o Método Canguru (Apêndice VII), onde é apresentada uma breve explicação sobre o Método bem como dos seus benefícios para o RN e para os pais. Este Poster ficou disponível na sala de repouso dos pais na UCIN.

Sabendo que com a hospitalização do RN os pais sentem muitas vezes impotência associada a uma crise de identidade parental (OE, 2015b), com o conhecimento dos benefícios do Método do Canguru, existe uma maior probabilidade de perceção e assunção do seu papel na recuperação da saúde do seu RN. Enquanto EEESIP, é importante promover e adequar a parentalidade em todas as dimensões, estimulando as competências parentais, e integrando os pais na equipa multidisciplinar numa filosofia de CCF (OE, 2015b), capacitando-os para a alta do RN para que se sintam mais seguros e confiantes nesse momento (DGS, 2013).

Dando continuidade ao meu percurso o estágio seguinte ocorreu no SIP. Neste serviço as crianças e adolescentes internados tinham, na sua grande maioria, algum tipo de doença crónica associada, sendo os seus internamentos longos e recorrentes. No SIP são admitidas crianças e adolescentes de acordo com a patologia adjacente ao seu internamento, estando organizados segundo a especialidade médica responsável pelo internamento. Numa fase inicial, e após conhecer a organização, recursos e protocolos da unidade de internamento, senti a necessidade de perceber quais os principais motivos de internamento da criança e do adolescente na unidade, aprofundando o meu conhecimento sobre as diferentes patologias. Como já havia sido referido anteriormente, este serviço admite crianças em vagas de Nefrologia (tendo contactado com situações por Insuficiência Renal Crónica, Síndrome Nefrótica, Síndrome Nefrítico, Hipoplasia Renal, Pielonefrite, Transplantação Renal e Diálise Peritoneal), vagas de Gastroenterologia (internamentos por Atresia Ileal, Esofagite Cáustica, Síndrome de Intestino Curto, Doença Inflamatória intestinal, Gastroenterites com desidratação grave associada) e vagas de Infeciologia (internamentos mais

comuns por Tuberculose Pulmonar, Vírus de Imunodeficiência Humana, Pneumonia, Osteomielite aguda).

Assim, acompanhei o enfermeiro orientador na prestação de cuidados, dando continuidade ao desenvolvimento da competência do EEESIP “Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde” (OE, 2018, p. 19192), nomeadamente na unidade de competência “E1.1.Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade (...)” (OE, 2018, p. 19193), bem como o desenvolvimento da competência “Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade” (OE, 2018, p. 19193), mais precisamente na unidade de competência “E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/ incapacidade” (OE, 2018, p. 19193).

Dada a especificidade do internamento, e por forma a desenvolver as competências supracitadas, foi importante a observação e identificação das estratégias utilizadas pelos enfermeiros na promoção do desenvolvimento da criança e jovem, nomeadamente em situações de doença e internamento, e na promoção da parentalidade positiva em situações de internamentos longos e/ou em crianças com doença crónica. Uma vez que o serviço admite crianças dos 0 aos 17 anos e 365 dias de vida, os enfermeiros são desafiados a adaptar a sua intervenção ao estágio de desenvolvimento de cada criança.

Este SIP tem em curso diferentes projetos que trabalham em parceria com a equipa de enfermagem, nomeadamente a Operação Nariz Vermelho, o projeto Nuvem Vitória (todas as noites um grupo de voluntários certificados deslocam-se ao serviço para contar historias de embalar a crianças que estão internadas) e o projeto *Best Buddy* (projeto da *European Medical Students' Association*, em que um aluno de medicina tenta estabelecer uma relação positiva com uma criança internada com o objetivo de minimizar o desconforto associado à sua hospitalização).

Ao nível da infraestrutura, podemos encontrar um serviço cheio de cor e de luz em contraste com os aparelhos clínicos. Embora se trate de uma unidade hospitalar, existem atividades diversas ao longo do dia, orientadas por uma educadora de infância, bem como por uma professora de apoio, com a colaboração da equipa de enfermagem. Contudo, a maior parte dessas atividades são realizadas apenas em dias úteis e na sala de atividades do serviço, o que significa que nem todos os dias existem momentos para atividades lúdicas e nem todas as crianças podem deslocar-

se até à sala de atividades. Na minha observação os enfermeiros, como intervenção de promoção de desenvolvimento infantil, utilizam como recurso o brincar terapêutico na interação diária com a criança e adolescente. Embora que adaptado ao estágio de desenvolvimento, existe uma preocupação com a promoção do bem-estar da criança e da sua família, já que de acordo com Lima (1994) citado por Jorge (2004), a hospitalização pode afetar negativamente o crescimento e desenvolvimento da criança. Assim, envolver os pais nos cuidados à criança é essencial para o seu contínuo desenvolvimento em contexto de internamento. A presença dos pais traz também inúmeras vantagens para toda a equipa multidisciplinar e, essencialmente, para a criança. Contudo Jorge (2004) alerta para a necessidade da família mobilizar recursos internos e externos por forma a dar resposta ao processo de hospitalização da criança. Ainda de acordo com a autora, a hospitalização gera instabilidade no sistema criança-família, podendo desencadear uma situação de crise.

Segundo a OE (2015b), os pais aquando do processo de hospitalização dos seus filhos, devem ser inseridos na equipa multidisciplinar, o que “implica que haja uma negociação favorável e satisfatória com os enfermeiros” (OE, 2015b, p.23). Fui verificando que, à semelhança com o preconizado pela OE, os enfermeiros do SIP adotam uma postura que permite que os pais se sintam integrados na equipa multidisciplinar, dando-lhes confiança nas suas capacidades para cuidarem da criança aquando da sua hospitalização. Os enfermeiros promovem assim a adaptação dos pais à doença do filho, negociando com eles o papel parental, validando a informação que lhes é partilhada, e assistindo-os no sofrimento (OE, 2015b).

Deste modo, o facto dos pais, ou pessoa significativa, poderem acompanhar a criança ou adolescente hospitalizado, durante todo o período diurno e noturno, torna-se essencial para que a criança se sinta segura e confiante.

Fui percebendo que as crianças e adolescentes hospitalizados estão sujeitos a procedimentos invasivos como é o exemplo da punção venosa periférica. No SIP, quando questionadas as crianças, os adolescentes, as famílias e os enfermeiros do serviço sobre qual o procedimento de enfermagem mais temido pelas crianças e adolescentes, a maior parte referiu ser a punção venosa periférica. De facto, segundo Birnie, Noel, Chambers, Uman e Parker (2018), a punção venosa periférica é descrita como o procedimento de enfermagem mais stressante e ameaçador em contexto hospitalar.

Junto com o enfermeiro orientador e com a enfermeira chefe, fui percebendo que muitas vezes a própria equipa de enfermagem sentia dificuldade em encontrar estratégias de intervenção ao nível do controlo da dor e do *stress* aquando do procedimento de punção venosa periférica. As inúmeras situações em que a criança precisava deste procedimento ao longo do seu internamento, aumentava os medos e receios antes do próprio procedimento. De acordo com Barros (2003), a ansiedade que está inerente ao processo de hospitalização pode ser uma consequência deste, mas também como um obstáculo a essa mesma hospitalização, prolongando-a.

Embora a equipa de enfermagem realizasse uma correta avaliação da dor, fazendo recurso as escalas preconizadas pela DGS, a preparação da criança e do adolescente para os procedimentos invasivos, nomeadamente a punção venosa periférica, era frequentemente descuidada. Numa situação de uma criança de 9 anos, com o diagnóstico de osteomielite aguda, e já com um internamento de 3 semanas, aquando da necessidade de punção venosa periférica, manifestava comportamento indicativo de *stress*, através de choro, afastamento do membro para a punção, gritos, entre outros. Perante este tipo de reação da criança, os próprios enfermeiros enfrentavam este comportamento com *stress* e dificuldade, não tendo sucesso no próprio procedimento. Percebi com o enfermeiro orientador, que a simples entrada no quarto da criança com o material para a punção era um fator de *stress* para aquela criança, sendo que impossibilitava qualquer tentativa de abordagem comunicacional com a criança. Dando tempo e espaço à criança, conversando sem objetos ameaçadores no campo de visão da criança, e pedindo colaboração aos pais na abordagem à criança, fomos definindo com esta e com os pais, estratégias não farmacológicas (utilizamos: Imaginação Guiada combinada com Relaxamento muscular) para controlo do *stress* e da dor, e estratégias farmacológicas (aplicação de creme EMLA®) para controlo da dor. Depois de explicado o procedimento, e após a criança estar mais calma e os pais validarem que realmente a criança estava preparada para o procedimento, foi possível puncionar uma veia periférica com sucesso e com total controlo da dor. A criança referiu que não sentiu qualquer dor e manteve-se tranquila antes, durante e após o procedimento. Senti também que a criança sentiu-se bastante confiante após o procedimento, uma vez que percebeu que foi possível superar esta situação de *stress* de forma positiva.

Assim, percebi que era muito importante arranjar ferramentas para que toda a equipa conseguisse adotar estratégias que permitissem uma favorável gestão da dor e do *stress* inerentes ao procedimento de punção venosa periférica.

Neste sentido surgiu o Kit “Preparação para a Punção” (Apêndice VIII). Trata-se de um Kit com material de apoio ao recurso de estratégias não farmacológicas e farmacológicas para controlo da dor e do *stress* aquando de procedimentos invasivos, mais precisamente na punção venosa periférica. Para melhor utilização do Kit, foi realizado um Manual de Apoio a Utilização do Kit “Preparação para a Punção” (Apêndice IX) com o principal objetivo de abordar a importância da utilização de Estratégias Não farmacológicas e Farmacológicas no Controlo do *Stress* e da Dor na criança e no adolescente aquando da punção venosa periférica; abordar a utilidade do material disponível no Kit “Preparação para a Punção”; dar resposta às necessidades sentidas pela equipa de enfermagem, bem como promover cuidados com vista à melhoria das práticas na abordagem ao *stress* e à dor do utente pediátrico.

Não tendo havido oportunidade para uma apresentação formal do Kit e do respetivo Manual, a sua apresentação foi realizada ao longo dos turnos aos elementos da equipa presentes, bem como aos restantes elementos no momento das passagens de turno.

O desenvolvimento destas atividades permitiram-me desenvolver a competência do EEESIP “Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade” (OE, 2018, p. 19193), mais precisamente nas unidades de competência: “E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança e do jovem, otimizando as respostas”; “E2.4. Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência” (OE, 2018, p. 19193).

No contacto com a criança e família com condição crónica no SIP, fui percebendo a importância da intervenção de enfermagem na adaptação à condição crónica e na necessidade, de acordo com McElfresh e Merck (2014), de direcionar a intervenção de enfermagem no sentido de ajudar a criança e a família a enfrentar o *stress* inerente à condição crónica, realizando orientações antecipatórias, dando apoio emocional, e identificando junto da família os stressores inerentes à situação específica da criança por forma a desenvolver mecanismos de coping orientados para a minimização desse

mesmo *stress*. Assim, a concretização das atividades e o desenvolvimento de competências no SIP, foram importantes também na construção de alicerces para o campo de estágio seguinte.

O percurso de estágio teve continuidade no CRPC, que incidiu essencialmente na UHD que integra a Unidade de Técnicas Aumentativas e Alternativas de Comunicação (UTAAC) tendo tido a oportunidade de passar pelo Gabinete de Informação e Aconselhamento de Produtos de Apoio (GIAPA) e integrado uma reunião do Núcleo de Intervenção Precoce Integrada (NIPI). Deste modo, foi-me possível observar e acompanhar o enfermeiro orientador na prestação de cuidados bem como no suporte das famílias de crianças e adolescentes com necessidade de intervenção precoce.

No CRPC contactei essencialmente com crianças com Paralisia Cerebral (PC). Segundo Sellier et al. (2015) citado por Virella et al. (2016), a PC é, atualmente, a deficiência motora mais frequente na infância. O EEESIP, em conjunto com toda a equipa multidisciplinar, tem uma intervenção fundamental, não apenas na deteção e intervenção precoce na criança com PC, mas também na avaliação da criança com PC em “idades-chave”. De acordo com Virella et al. (2016, p.47) “estas avaliações contribuem para a prevenção de complicações, identificação de necessidades de apoio à inclusão e à promoção da autonomia”. O EEESIP no CDPC é por isso um importante elo integrante e de ligação na equipa multidisciplinar, tendo a sua intervenção na identificação e atuação nas necessidades da criança e da sua família, mobilizando recursos da comunidade. Assim, o acompanhamento do enfermeiro orientador permitiu-me o contínuo desenvolvimento das competências do EEESIP “Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde” (OE, 2018, p. 19192) e “Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade” (OE p. 19193), mais precisamente na unidade de competência: “E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à (...) deficiência/ incapacidade” (OE, 2018, p. 19193).

Com a oportunidade de integrar a UTAAC, percebi a importância que as tecnologias de apoio e a utilização de sistemas gráficos assumem no desenvolvimento de competências de comunicação na criança com PC. Estas técnicas complementam ou substituem a linguagem oral, facilitando-a, e promovem assim uma maior autonomia pessoal da criança ou adolescente com PC, potenciando a sua integração social. O recurso a estas técnicas vão ao encontro com o preconizado pela Convenção

sobre os Direitos da Criança, bem como pela Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, permitindo assim à criança e adolescente com PC uma maior acessibilidade à escrita alternativa, a técnicas aumentativas e alternativas de comunicação, a formatos de comunicação e orientação e a educação e formação adequadas (UNICEF, 1990; Organização das Nações Unidas, 2009)

Fui percebendo que perante as barreiras e dificuldades sentidas ao nível da comunicação, a criança com PC manifestava enorme satisfação quando era compreendida sendo que ficava frustrada quando isso não acontecia. Deste modo, o desenvolvimento de capacidades ao nível da comunicação permitem também um maior bem-estar da criança e da sua família potencializando a sua aprendizagem aquando da realização de atividades pedagógicas. O recurso a sistemas aumentativos de comunicação, como por exemplo: gestos, símbolos gráficos, quadros de comunicação permitiu-me desenvolver competências ao nível da comunicação, bem como estabelecer uma ligação com os utentes do CRPC. Inicialmente não foi muito fácil pois desconhecia estes sistemas e também eu tive que aprender a utilizá-los para que conseguisse interagir de uma forma assertiva com estas crianças e adolescentes.

Na UTACC as atividades são adaptadas à criança com PC para que esta consiga ter uma participação ativa na sua aprendizagem e, para isso, são utilizados diversos equipamentos de apoio que vão ao encontro das suas necessidades. Também todo o percurso da criança com PC pela UTACC com o apoio dos diferentes elementos da equipa multidisciplinar (enfermeiros, médicos, assistente social, fisioterapeutas, psicólogos, educadores de infância, terapeutas da fala e terapeutas ocupacionais) é realizado de forma articulada para que a criança consiga ter sempre momentos de interação com os profissionais.

Foi ainda importante a participação no Grupo de Histórias Multissensoriais. Este grupo dinamiza momentos em que é contada uma história fazendo recurso aos cinco sentidos primários (tato, visão, olfato, audição, paladar). As crianças têm oportunidade de sentir diferentes texturas, experienciar os cheiros dos locais por onde “viajam” na história, provar diferentes sabores, escutar os sons que são descritos no conto e ver aquilo que é contado na história. Através da história é possível uma intervenção sensorial potenciando as competências individuais da criança.

Na participação em reuniões do NIPI todos os profissionais da equipa multidisciplinar são integrados numa primeira fase, sendo que numa segunda fase também os pais têm lugar na reunião. O *empowerment* parental é também, de acordo com McElfresh e Merck (2014), um reconhecimento das suas competências, promovendo-as e aumentando-as. Sendo que, ainda de acordo com os autores, o *empowerment* pode ocorrer de forma gradual de acordo com as capacidades e potencialidades no domínio do cuidado à criança e jovem com condição crónica.

O principal objetivo das reuniões consiste na partilha e na discussão de casos clínicos, para que toda a equipa multidisciplinar consiga delinear as suas intervenções com vista à potencialização das competências da criança e da sua família.

Durante o período do estágio tive ainda oportunidade de participar em visitas domiciliárias e na festa de Natal do Centro, tendo sido experiências enriquecedoras no desenvolvimento das competências específicas do EEESIP. A frequência do estágio no CRPC permitiu ainda conhecer os programas de apoio e articulação que existem entre o Centro e os Centros semelhantes existentes na área geográfica do hospital onde exerço funções. O CRPC desenvolve o Programa de Apoio Externo e Comunitário (programa de desenvolvimento, de inclusão na comunidade e de habilitação/reabilitação) com Apoio Indireto na área de abrangência do hospital onde exerço funções.

Este local de estágio permitiu-me também desenvolver competências e capacidades, essencialmente ao nível da comunicação com o conhecimento, contacto e desenvolvimento de técnicas aumentativas e alternativas. No meu contexto profissional, o desconhecimento acerca destas técnicas é uma barreira de comunicação que dificulta o estabelecimento de uma relação terapêutica com crianças com condição crónica com problemas ao nível da comunicação.

Terminado o estágio no CRPC, o percurso de estágio teve continuidade no SUP-contexto 1. Embora eu trabalhe numa urgência pediátrica, senti necessidade de conhecer o SUP central que articula diretamente com o local onde exerço funções, bem como os seus projetos e intervenções de enfermagem direcionados para a problemática em estudo.

No acompanhamento com o enfermeiro orientador na prestação de cuidados à criança, ao adolescente e à sua família, pude continuar o desenvolvimento de

competências do EEESIP, nomeadamente na competência “Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade” (OE, 2018, p. 19193).

Tive conhecimento do Projeto da Dor em vigor no serviço (que integra Unidade de dor pediátrica, gestão da dor e sedo analgesia), bem como o projeto existente sobre Comunicação Eficaz em Enfermagem (técnica ISBAR [*Identify; Situation; Background; Assment; Recommendation*]).

O projeto de Comunicação Eficaz em Enfermagem vai ao encontro do regulamentado pela Norma nº001/2017 da DGS (DGS, 2017). De acordo com a norma “a transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre equipas prestadoras de cuidados, para segurança do doente” (DGS, 2017, p.1) sendo essencial para a segurança do utente. O conhecimento da implementação do ISBAR como uma “ferramenta de padronização de comunicação em saúde” (DGS, 2017, p.4) permitiu-me refletir sobre a importância da qualidade na transição de informação nos cuidados de saúde para a segurança do utente. A transição de informação e de cuidados acontece ao longo de todos os dias, sendo um dos momentos mais importantes para a contínua segurança do utente. De acordo com a DGS (2017), as falhas de comunicação são potenciadores do erro clínico, sendo que cerca de 70% dessas falhas ocorre aquando dos momentos de transição de cuidados.

Com o conhecimento e utilização da técnica ISBAR pude desenvolver competências do EE nomeadamente: “A2 – Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (OE, 2019, p.4746) e “B3 – Garante um ambiente terapêutico e seguro” (OE, 2019, p.4747).

Ainda no SUP – contexto 1 tive oportunidade de realizar uma observação das estratégias diferenciadas de gestão da dor, principalmente associadas a situações de dor aguda, nomeadamente em procedimentos invasivos. Tive, por isso, a oportunidade de contactar com a utilização de sedo analgesia por mistura equimolar de protóxido de azoto para procedimentos invasivos como Punção Venosa Periférica, Punção Lombar, redução de fraturas entre outros.

De acordo com a DGS (2012), a utilização de mistura equimolar de protóxido de azoto pode ser utilizada quando necessária a imobilização ou relaxamento da criança, bem como na diminuição da ansiedade e agitação associado a um procedimento. De acordo com Almeida (2018), a mistura equimolar de protoxido de azoto é eficaz na

diminuição da dor e da ansiedade nas crianças submetidas a procedimentos invasivos e/ou dolorosos em contexto de urgência, sendo um fármaco eficaz, seguro e cujos efeitos secundários, quando existentes, são rapidamente reversíveis.

Os enfermeiros no recurso, em equipa multidisciplinar, a este tipo de sedo analgesia, direccionaram a sua intervenção de enfermagem também para a utilização de intervenções não farmacológicas para controlo da dor, bem como na redução do medo e da ansiedade associado ao *stress* inerente ao procedimento.

Ao longo do percurso de estágio tive a oportunidade de frequentar o Curso de Suporte Avançado de Vida pelo Instituto Nacional de Emergência Médica (Anexo I), o que me permitiu o desenvolvimento da competência do EEESIP: “Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade” (OE, 2018, p.19193)

2.3.2. Desenvolvimento de competências com foco na minimização do *stress* nas crianças em idade pré-escolar em contexto de urgência

De acordo com Monroe (2014), a melhor abordagem para lidar com o *stress*, na idade pré-escolar, consiste na minimização dos stressores para que os níveis de *stress* não excedam a capacidade de *coping* da criança. De acordo com a OE (2013), a hospitalização constitui para a criança e para a sua família momentos de *stress* e de ansiedade, sendo que é possível diminuir os seus efeitos negativos potencializando os seus aspetos mais enriquecedores.

Uma das atividades desenvolvidas no SUP – contexto 1, consistiu na observação e identificação dos stressores e das situações geradoras de *stress* na criança em idade pré-escolar, das manifestações de *stress* bem como as intervenções de enfermagem com foco na minimização desse mesmo *stress*. Após a observação ao longo do percurso de estágio neste contexto, foi realizada uma reflexão (Apêndice X) que me permitiu o desenvolvimento de algumas competências com foco na minimização do *stress* nas crianças em idade pré-escolar em contexto de urgência. Foi-me por isso possível identificar os fatores de *stress* nas crianças em idade pré-escolar em contexto de urgência bem como as intervenções de enfermagem promotoras da diminuição do *stress* em crianças deste grupo e neste contexto.

No SUP – contexto 2, para uma melhor observação e identificação dos stressores, das situações geradores de *stress* e das manifestações indicativas de *stress* na

criança em idade pré-escolar em contexto de urgência, foi realizada previamente uma Revisão da Literatura com os objetivos principais de identificar as manifestações indicativas de *stress* na criança em idade pré-escolar, bem como os stressores e situações geradoras de *stress* na criança em idade pré-escolar em contexto de urgência., tendo sido elaborada posteriormente uma síntese da revisão, que apresenta de forma sistematizada os principais resultados desta (Apêndice XI).

Assim, partindo da temática do projeto baseada na problemática identificada, foi elaborada uma *Check-list* de observação de intervenções de enfermagem com foco na minimização do *stress* na criança em idade pré-escolar em contexto de urgência (Apêndice XII). A *Check-list* foi aplicada ao longo do percurso no SUP – contexto 2, sendo que após cada aplicação foi realizada um *debriefing* com a Equipa de Enfermagem para enriquecimento dessa mesma *Check-List*.

Foram observados diferentes momentos de interação enfermeiro-criança-família tendo a observação incidido em três “pontos-chave”: “Atitude da Equipa de Enfermagem perante a criança e pais/pessoa significativa”; “Intervenção da Equipa de Enfermagem/Enfermeiro (a) na preparação para os procedimentos de enfermagem”; “Intervenção da Equipa de Enfermagem/Enfermeiro(a) aquando e após os procedimentos de enfermagem”.

De uma forma geral, no primeiro “ponto-chave”, todos os enfermeiros permitiram a presença dos pais/pessoa significativa para que a criança se sentisse segura, escutando a família e demonstrando disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas e desmistificação de medos e ansiedades. Contudo, verificou-se que perante as manifestações indicativas de *stress* da criança em idade pré-escolar, embora grande parte dos enfermeiros conseguisse identificar o comportamento da criança, não direcionavam a sua intervenção no sentido de estimular a verbalização de medos, ideias e sentimentos, nem partilhavam com os pais informações sobre os medos da criança em idade pré-escolar relacionados com o processo de hospitalização e com o medo de separação (física dos pais, bem como do próprio ambiente familiar). Apesar disto, todos os elementos da equipa, em todas as observações, transmitiram calma e tranquilidade aos pais/pessoa significativa, bem como à própria criança comunicando com esta de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e cultura e proporcionando um ambiente seguro.

Embora nenhum enfermeiro tenha utilizado os procedimentos de enfermagem como ameaça, tal como preconizado pela OE (2013), verificou-se que aquando da interação enfermeiro-família-criança, houve momentos em que os assistentes operacionais utilizaram procedimentos de enfermagem como ameaça, como por exemplo: “se não te comportares bem em vez de leares uma pica levas duas”.

Aquando da observação e do preenchimento da *check-list*, percebi que de facto em contexto de urgência e na equipa multidisciplinar estão também inseridos os assistentes operacionais que regularmente estão presentes aquando da realização dos procedimentos de enfermagem e cuja atitude e postura interfere no sistema criança-família e pode constituir um stressor para este. De acordo com Jorge (2004) a abordagem dos profissionais constitui para a criança e para a sua família uma situação geradora de *stress* pelo que perante a situação supracitada, aquando do *debriefing* com a equipa que havia estado na interação com a criança e família, foi integrado o assistente operacional para que fosse discutida a sua atitude e explicada a necessidade de nunca utilizar os procedimentos de enfermagem como ameaça, quer neste estágio de desenvolvimento, quer em qualquer outro utente.

Aquando do *debriefing* com os enfermeiros, grande parte identificou os stressores presentes ao longo das diferentes interações bem como os comportamentos indicativos de *stress* da criança em idade pré-escolar, contudo poucos enfermeiros conseguiram identificar as respostas de *coping* da criança perante a situação de *stress*, tendo sido comum aos três “pontos-chave” da *check-list*. De acordo com Salmela et al. (2009), a criança em idade pré-escolar direciona as suas estratégias de *coping* orientadas para o problema, para a emoção e para a função. E na minha observação, grande parte das crianças utilizaram estratégias de *coping* eficazes. No *debriefing* foi discutido que a permissão da presença dos pais (especialmente quando estes estavam tranquilos e transmitiam confiança à criança), a correta postura da equipa, o recurso ao brincar terapêutico e a promoção da presença de objetos securizantes junto da criança, foram estratégias que os enfermeiros utilizaram e que constituíram concomitantemente estratégias de coping da criança, indo ao encontro com o defendido por Salmela e colegas (2010).

No segundo “ponto-chave” de aplicação da *check-list*, as intervenções 13, 14, 15, 16, 21 e 22 (Apêndice XII) foram utilizadas por todos os enfermeiros na preparação para os procedimentos de enfermagem mas nem sempre estimulavam a verbalização

de medos, ideias e sentimentos da criança, embora escutassem a criança e dessem tempo para esta se manifestar. Ainda que em nenhuma das observações tenha havido uma afirmação direta de que os procedimentos não eram uma forma de punição, tal como é preconizado pela OE (2013), a grande maioria dos enfermeiros esclareceu a criança da necessidade do procedimento e sobre os benefícios deste para a sua situação clínica, adaptando a explicação ao estágio de desenvolvimento e realizando uma explicação prévia do procedimento com recurso a uma linguagem simples com termos que não fossem suscetíveis de levar a criança a interpretações erradas. A grande maioria dos enfermeiros foram honestos com a criança e com a família não transmitindo falsa confiança em relação ao procedimento doloroso (como por exemplo: não dizer que “não vai doer nada”). Pude ainda observar que a maioria dos enfermeiros providencia junto dos pais/pessoa significativa o objeto securizante da criança (como por exemplo: brinquedo, chupeta, ...), e tenta manter os objetos ameaçadores fora do campo de visão da criança.

Apenas uma pequena parte dos enfermeiros fez recurso à Técnica de Modelagem apresentando os instrumentos e equipamentos que irão ser utilizados no procedimento. Pude verificar que quando os enfermeiros recorriam a esta técnica a criança ficava mais tranquila e confiante, sendo que gradualmente expunha as suas dúvidas e medos. No esclarecimento das dúvidas e medos, verifiquei que o enfermeiro facilmente estabelecia uma relação de confiança. O procedimento de enfermagem decorria de uma forma mais tranquila e assertiva, tendo verificado que, de acordo com Brazelton (2000), é possível prevenir reações traumáticas quando há uma preparação prévia e adequada da criança e da sua família.

Antes e durante os procedimentos de enfermagem, a maior parte dos enfermeiros utilizava métodos de relaxamento combinado com a técnica de distração indo ao encontro com o preconizado pela DGS (2012). No *debriefing* com os enfermeiros após a interação, grande parte refere que, há semelhança daquilo que também observei, utiliza a estratégia de pedir à criança para, quando o enfermeiro contar até “3”, tossir ou em outros casos, soprar o suficiente para conseguir derrubar a mãe/pai/pessoa significativa. Analisando esta estratégia, é possível perceber que trata-se do recurso a técnica de distração combinada com relaxamento muscular. De acordo com Barros (2010), as estratégias mais eficazes utilizadas para o controlo da dor e/ou do *stress*, associado a procedimentos, são as de orientação cognitivo-comportamental que

combinam pelo menos uma estratégia comportamental, sendo que são mais eficazes quando combinadas com outras estratégias e que podem proporcionar o desenvolvimento de estratégias positivas de *coping* na criança.

No terceiro “ponto-chave”, todos os enfermeiros recorreram às intervenções 34, 35, 37 e 38 (Apêndice XII). Contudo verificou-se que embora a equipa de enfermagem facilitasse a segurança e proteção pelos pais/pessoa significativa, nem sempre permitiam que estes “escolhessem” o tipo de colaboração a dar, incentivando à imobilização da criança pelos pais. No *debriefing* foi discutido o facto do envolvimento dos pais como intervenção de enfermagem ser como apoio à criança, e não como mais um elemento para a contenção física desta, segundo o que é preconizado pela DGS (2012) sendo que os pais deverão ser devidamente preparados e informados sobre qual a sua conduta durante o procedimento.

Em todas as observações os enfermeiros elogiaram a criança bem como a sua colaboração dando-lhe sempre feedback positivo, sem nunca envergonhar a criança nem utilizar expressões com as quais esta pudesse sentir-se humilhada. Todos os enfermeiros utilizaram estratégias de Reforço Positivo (como por exemplo: atribuição de medalhas de “Bom Comportamento”). Pude ainda observar que as crianças quando têm uma preparação prévia pelos pais sobre aquilo que poderão esperar aquando de uma ida a uma urgência, manifestam mais confiança e segurança e tentam esclarecer os seus medos junto dos enfermeiros. É fundamental que os pais sejam incentivados a ser sempre honestos com a sua criança, incentivando a sua expressão de sentimentos, medos e receios (Brazelton & Sparrow, 2010).

A aplicação da *Check-list* permitiu-me a observação e identificação das estratégias e intervenções utilizadas pelos enfermeiros com foco na minimização do *stress* da criança em idade pré-escolar em contexto de urgência, bem como a realização de um diagnóstico das necessidades formativas da equipa de enfermagem. Da reflexão sobre o observado e identificado através da *Check-List* houve necessidade de realizar uma Sessão de Formação com o tema “*Stress* da criança em idade pré-escolar em contexto de urgência” (Apêndices XIII e XIV). Esta sessão teve como principais objetivos: sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da identificação e minimização dos stressores e situações geradores de *stress* na criança em idade pré-escolar em contexto de urgência; promover práticas de cuidados para a promoção da gestão do *stress* da criança em idade pré-escolar em contexto de urgência adotando

intervenções com foco na sua minimização; promover cuidados de qualidade e bem-estar à criança e família em contexto de urgência. Numa primeira fase foi apresentada a problemática em estudo, sendo realizado um enquadramento teórico alternado com momentos de discussão orientada. Quando questionada a equipa sobre o que induz *stress* na criança em idade pré-escolar em contexto de urgência, a equipa referiu que o ambiente hospitalar, a farda branca, a postura dos pais e dos profissionais constituem fatores de *stress* para a criança. Referiram ainda que o próprio estágio de desenvolvimento da criança influencia a interação profissionais-criança-família. Os enfermeiros identificaram ainda que as experiências anteriores de ida a urgência bem como a experiência que a criança havia tido no gabinete médico, constitui um fator de *stress* que interfere no estabelecimento de uma relação de empatia com a equipa de enfermagem. Ainda segundo os enfermeiros, o facto de as crianças observarem outras crianças a chorar quando estão na sala de tratamentos ou à saída desta, aumenta significativamente o medo associado aos procedimentos de enfermagem. Por fim, os enfermeiros referiram que frequentemente as crianças não estão preparadas para determinado procedimento não sabendo o que irão realizar ou, por vezes, estão preparadas para um procedimento quando na realidade irá ser realizado outro procedimento para o qual não estava preparada.

Quando questionados sobre se as atitudes e comportamentos dos profissionais induzem *stress* na criança em idade pré-escolar, estes responderam de forma unânime que sim, sendo que o fazem através da forma de comunicação (que nem sempre é inteiramente adequada), nos momentos de contenção física para imobilização na realização de procedimentos e na utilização de expressões como: “pronto já está... não doeu nada... foi só uma picada”. Referiram ainda que o facto da sala de tratamentos do SUP ser polivalente, a presença de muitos profissionais na sala constitui um fator de *stress* para a criança bem como a visualização de equipamentos e materiais clínicos que, pela infraestrutura atual, não são passíveis de ficar fora do contexto de interação com a criança e com a sua família.

As situações indutoras de *stress* mais frequentes no SUP foram descritas pelos enfermeiros como as que induzem perda de controlo por parte da criança, bem como os procedimentos invasivos e forçados. Os enfermeiros identificaram ainda que o facto de em contexto de sala de tratamentos e em sala de observações apenas ser permitido a presença de um dos pais, na escolha do acompanhante por parte da

criança, esta necessidade de escolha pode constituir uma situação de *stress* bem como a sensação de abandono quando ambos os pais preferem não estar presentes aquando dos procedimentos.

As manifestações de *stress* na idade pré-escolar em contexto de urgência que foram identificadas pelos enfermeiros como mais frequentes: choro, inquietação, gritos, contração muscular, verbalização de medos, tentativa de fuga e pedidos de ajuda.

No final da sessão foi apresentado o Protocolo de Atuação com foco na minimização do *stress* da criança em idade pré-escolar e família que recorrem ao serviço de urgência (Apêndice XV). O protocolo foi desenvolvido como uma ferramenta de trabalho na área de intervenção no *stress* da criança em idade pré-escolar com vista a uma melhoria contínua nos cuidados de enfermagem, nomeadamente à criança em idade pré-escolar e à sua família em contexto de urgência pediátrica. O protocolo resulta de um trabalho de revisão de literatura bem como do desenvolvimento de competências comuns do EE e específicas do EEESIP. O protocolo, numa primeira fase, foi apresentado à equipa de enfermagem do SUP no qual exerce funções, no sentido de ser enriquecido através dos contributos dos elementos da equipa de enfermagem, sendo que numa segunda fase foi submetido ao processo de avaliação por parte da chefia do serviço. Integrado no protocolo encontra-se também a orientação de registos de enfermagem com recurso a linguagem CIPE® e programa SClinico® por forma a nortear e uniformizar os registos de enfermagem. A concretização destas atividades permitiram-me o desenvolvimento de competências do EE nomeadamente: “A1 - Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e deontologia profissional” (OE, 2019, p. 4746), “B2 – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” (OE, 2019, p. 4747), “C1 – Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde” (OE, 2019, p.4748), “C2 – Adapta a liderança e a gestão de recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (OE, 2019, p.4748), “D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade” (OE, 2019, p.4749) e “D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (OE, 2019, p.4749).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso formativo ao longo dos diferentes contextos de estágio permitiu-me o contacto com diferentes realidades, vivenciando experiências profissionais únicas, o que me proporcionou o desenvolvimento de competências do EE e do EEESIP.

Foram muito importantes os desafios que fui encontrando ao longo de todo o percurso, pois foram esses desafios que me fizeram evoluir enquanto profissional permitindo o desenvolvimento de competências profissionais e pessoais. Cada contexto de estágio foi bastante específico, o que exigiu uma constante atualização de conhecimentos, por forma a conseguir desenvolver uma prática baseada na evidência científica. Na concretização destes desafios “nasceram” experiências positivas que permitiram superar momentos de *stress* que, há semelhança do que tem vindo a ser abordado ao longo do presente relatório, quando superado de uma forma positiva permitiu o desenvolvimento de mecanismos de *coping* para enfrentar situações de *stress* futuras.

Foi exigente a conciliação entre a vida pessoal, familiar, profissional e académica que resultou em alguns momentos de desgaste pessoal mas que foram ultrapassados de forma construtiva, quer pela minha dedicação pessoal e pela disponibilidade das equipas multidisciplinares, quer pelo apoio e orientação da professora orientadora do projeto.

A mobilização do Modelo de Sistemas de Betty Neuman foi fundamental para perceber a interação entre os diferentes sistemas. A consideração do sistema criança-família fez todo o sentido ao longo dos diferentes contextos de estágio, assente numa filosofia de CCF. No desenvolvimento de competências, fui percebendo a importância de envolver sempre a família nos cuidados à criança e ao jovem com vista à prestação de cuidados de qualidade, de excelência e, fundamentalmente, cuidados que promovam a minimização do *stress* na criança. O Modelo de Sistemas de Betty Neuman, bem como a filosofia de CCF irão continuar integrados na minha prática diária de cuidados às crianças, aos adolescentes e respetivas famílias certamente, enquanto futura EEESIP.

Fui percebendo ao longo das diferentes experiências que a problemática que havia sido identificada em contexto de SUP é transversal a todos os contextos clínicos sendo

por isso importante a consciencialização das equipas multidisciplinares para os efeitos do *stress* na criança e na sua família, bem como da importância da intervenção de enfermagem com foco na minimização desse mesmo *stress*. Sinto que pelos diferentes contextos de estágio por onde passei fui deixando uma “marca” no sentido de despertar as equipas para a importância de direcionar as intervenções de enfermagem para a minimização do *stress* associado aos cuidados de saúde embora a problemática que equacionei estivesse mais focada num grupo etário e contexto específicos.

A elaboração do Protocolo de Atuação permitiu sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da minimização do *stress* da criança em idade pré-escolar em contexto de urgência perspetivando-se, numa fase futura, alargar o estudo sobre o *stress* presente em outros grupos etários aquando da ida à urgência pediátrica, pelo que se projeta o contínuo trabalho nesta área para futuros protocolos de atuação.

Embora inicialmente tivesse projetado a realização de um breve questionário aos enfermeiros do SUP – contexto 2, com o objetivo de conhecer os fatores de *stress* na criança em idade pré-escolar em contexto de urgência, bem como as intervenções de enfermagem com foco na minimização desse mesmo *stress*, tal não foi possível de concretizar uma vez que não iria obter em tempo útil a resposta da Comissão de Ética para a sua aplicação. Neste sentido surgiu a aplicação de *Check- List* de observação bem como a Sessão de Formação dirigida aos enfermeiros cuja metodologia foi bastante interessante e enriquecedora para o projeto e, principalmente, para o desenvolvimento de intervenções com foco na minimização do *stress* da criança em idade pré-escolar em contexto de urgência.

Considero que os objetivos previamente delineados foram atingidos através das atividades realizadas, possibilitando concomitantemente o constante desenvolvimento de competências que contribuíram para o meu desenvolvimento profissional enquanto EEESIP através do desenvolvimento do projeto, particularmente ao nível do *stress* da criança em idade pré-escolar em contexto de urgência. Pretendo dar continuidade ao meu desenvolvimento profissional através da atualização sistemática do conhecimento e da investigação no contexto das práticas, no sentido de garantir a qualidade nos cuidados de enfermagem dando resposta às necessidades e preferências das crianças, dos jovens e das suas famílias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 14 (3), 373–382. DOI: 10.1590/S0104-07072005000300008.

Almeida, R. (2018). *Utilização de Protóxido de Azoto na Urgência Pediátrica*. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Artigo de Revisão. Coimbra.

Altimier, L. (2013). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven Neuroprotective Core Measures for Family-Centered Developmental Care. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 13, 9-22.

Apolinário, M. (2012). Cuidados Centrados na Família: impacto da formação e de um manual de boas práticas em pediatria. *Revista de Enfermagem Referência*, 7, 83-92. DOI: 10.12707/RIII11145

Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica - Perspetiva desenvolvimentista*. (2ªed.) Lisboa: Climepsi Editores.

Barros, L. (2010). A dor pediátrica associada a procedimentos médicos: contributos da psicologia pediátrica. *Temas em Psicologia*, 18 (2), 295-306.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.

Birnie, K., Noel, M., Chambers, C., Uman, L., & Parker, J. (2018). Psychological interventions for needle related procedural pain and distress in children and adolescents (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 10. DOI: 10.1002/14651858.CD005179.pub4.

Brazelton, T. & Sparrow, J. (2010). *A Criança dos 3 aos 6 anos – O desenvolvimento emocional e do comportamento*. (5ªed.) Lisboa: Editorial Presença.

Brazelton, T. B., & Greenspan, S. I. (2009). *A criança e o seu mundo: requisitos essenciais para o crescimento e aprendizagem* (6ª ed.). Lisboa: Editorial Presença.

Broeren, S., Muris, P. (2009). The Relation Between Cognitive Development and Anxiety Phenomena in Children. *Journal of Child and Family Studies*, 18, 702-709. DOI: 10.1007/s10826-009-9276-8

Cunha, S., Pereira, E., Silva, R. (2014). Representations from the family about child fear and suffering in emergency care: a descriptive study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 13, 442-445. Acedido a 28/12/2018. Disponível em: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4554/html_256

Diogo, P. (2010). *Metamorfose da experiência no acto de Cuidar: o processo de urso terapêutico das emoções em enfermagem pediátrica*. Universidade Católica Portuguesa, 2010. Tese de Doutoramento em Enfermagem. Lisboa

Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em Enfermagem Pediátrica: Um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar*. Loures: Lusodidacta.

Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2015). Enfermeiros com competência emocional na gestão dos medos de crianças em contexto de urgência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 13, 43-51.

Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., Almeida, T. (2016). Os Medos das Crianças em Contexto de Urgência Pediátrica: Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional. *Pensar Enfermagem*, 20, 26-47.

Direção-Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Norma nº 010/2013. Lisboa: DGS. Acedido a 28/12/2018. Disponível em: <http://www.dgs.pt/?cr=24430>

Direção-Geral da Saúde. (2017). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Norma nº 001/2017. Lisboa: DGS. Acedido a 25/02/2018. Disponível em: <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes/seguranca-da-comunicacao.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2010). Orientação nº 014/2010 de 14/12/2010: Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. *Direção-Geral da Saúde*. Obtido de <https://www.dgs.pt/?ci=631&ur=1&newsletter=290>

Direção-Geral da Saúde. (2011). *Maus Tratos em Crianças e Jovens – Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção*. *Direção-Geral da Saúde*. Obtido de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/maus-tratos-em-criancas-e-jovens-guia-pratico-de-abordagem-diagnostico-e-intervencao.aspx>

Direção-Geral da Saúde (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar - 2015*. *Direção-Geral da Saúde*. Obtido de <https://www.dgs.pt/promocao-da>

saude/saude-escolar/programas-e-projectos/programa-nacional-de-saude-escolar.aspx

Direcção-Geral da Saúde. (2012). Orientação nº 022/2012 de 18/12/2012: Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos). *Direcção-Geral da Saúde*. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0222012-de-18122012.aspx>

Dudley, N., Ackerman, A., Brown, K. M., Snow, S K, American Academy of Pediatrics Committee on Pediatric Emergency Medicine, American College of Emergency Physicians Pediatric Emergency Medicine Committee & Emergency Nurses Association Pediatric Committee (2015). Patient- and Family-Centered Care of Children in the Emergency Department. *Pediatrics*®, 135, 255-272. DOI: 10.1542/peds.2014-3424.

Erikson, J. (1998). *O Ciclo de vida completo – Erik H. Erikson*. Porto Alegre: ARTMED.

Gomes-Pedro, J. (2003). CLNBAS A Avaliação Neuro-Comportamental do Recém-Nascido para a Aplicação Clínica. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 6, 34, 389-391.

Hall, R.W & Anand, K.J. (2016). Pain management in newborns. *Clin Perinatol*, 41 (4), 895-924. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4254489/>

Hockenberry, M. (2014). Comunicação e Avaliação Inicial da Criança. Em M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds.), *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9.a ed., pp. 123-187). Loures, Portugal: Lusociência.

Hockenberry, M. J., & Barrera, P. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. Em M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds.), *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9.a ed., pp. 1–20). Loures, Portugal: Lusociência.

Howard R., Carter B., Curry J. (2012). Good practice in postoperative and procedural pain management. *Pediatric Anesthesia*. Blackwell Publishing Ltd, 2, 1–7 DOI: [10.1111/j.1460-9592.2012.03838.x](https://doi.org/10.1111/j.1460-9592.2012.03838.x).

Institute for Patient-and Family-Centered Care. (2017). *Advancing the practice of patient- and family-centered care in hospitals - how to get started*. Institute for Patient-and Family-Centered Care. Obtido de http://www.ipfcc.org/resources/getting_started.pdf

Instituto de Apoio à Criança. (1998). *Carta da Criança Hospitalizada*. Lisboa: IAC.

Instituto de Apoio à Criança. (2006). *A dor na criança, atendimento de crianças e jovens nos centros de saúde*. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.

Jacob, E. (2014). Apreciação e Gestão da Dor na Criança. Em M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds.), *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9.a ed., pp. 188-237). Loures, Portugal: Lusociência.

Jorge, A. M. (2004). *Família e Hospitalização da Criança – (Re) Pensar o Cuidar em Enfermagem* (1ª ed.) Loures: Lusociência.

Krauss, B., Calligaris, L., Green, S., Barbi, E. (2016). Current concepts in management of pain in children in the emergency department [Review]. *Lancet*, 387, 83-92. DOI: 10.1016/S0140-6736(14)61686-X.

McElfresh, P. B. & Merck, T. T. (2014). Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença Crónica ou Incapacidade. In M. J. Hockenberry & D. Wilson, *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (pp. 897-930). Loures, Portugal: Lusociência.

Mitre, R., Gomes, R. (2004). A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. *Ciências & Saúde Colectiva*, 9, 147-154.

Monroe, R. (2014). Promoção da Saúde da Criança em Idade Pré-Escolar e da Família. Em M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds.), *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9.a ed., pp. 622-644). Loures, Portugal: Lusociência.

Neuman, B., & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model* (5ª ed.). Boston: Pearson.

Nugent, J. K., Keefer, C., Minear, S., Johnson, L., Blanchard, Y. (2007). *Understanding Newborn Behavior and Early Relationships: The Newborn Behavioral Observations (NBO) system Handbook*. Basltimore, Maryland: Paul H. Brookes.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – VOLUME II*. Cadernos OE, série I, nº3, vol.2. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8906/cadernosoe_guiasorientadoresboaprat icaceesip_volii.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Cadernos OE, série I, n.º6. S.l.:

Ordem dos Enfermeiros. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2015a). Regulamento nº 351/2015 de 22 de Junho (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. *Diário da República II Série*, nº 119 (22-06-2015) 16660-16665.

Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Guias Orientadores de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. Cadernos OE, série 1, nº8. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP_ParentalidadePositiva_vf.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2016). CIPE® Versão 2015 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Versão Portuguesa. Obtido de <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/catalogo-ciper-2015.html>

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento nº 422/2018 de 12 de Julho (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República II Série*, nº 133 (12-06-2018) 19192-19194.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento nº 26/2019 de 6 de Fevereiro (2019) Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República II Série*, nº 26 (06-02-2019) 4744-4750.

Organização das Nações Unidas (2009). Resolução da Assembleia da Republica nº56/2009. (2009). *Diário da República I Série*, nº146 (30-07-2009). 4906-4929.

Piaget, J. (1977). *A Linguagem e o Pensamento da Criança*. Lisboa: Moraes Editores.

Piaget, J. (1990). *Seis estudos de psicologia* (10ªed). Lisboa: Publicações Dom Quixote.

Salmela, M., Salanterä, S. & Aronen, E. (2009). Child-Reported Hospital Fears in 4 to 6-Year-Old Children. *Pediatric Nursing*, 35, 269-303.

Salmela, M., Salanterä, S. & Aronen, E. (2010). Coping with hospital-related fears: experiences of pre-school-aged children. *Journal of Advanced Nursing*, 66, 1222-1231. DOI 10.1111/j.1365-2648.2010.05287.x.

Sanders, J. (2014). Cuidado Centrado na Família da Criança Durante a Doença e a Hospitalização Em M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds.), *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9.a ed., pp. 1025-1057). Loures, Portugal: Lusociência.

Sparrow, S. (2007). Understanding Stress in Children. *Pediatrics Annals*, 36, 187-194.

United Nations Children's Fund. (1990). *A Convenção sobre os Direitos da Criança*. Nova Iorque: Nações Unidas.

Virella, D., Folha, T., Andrada, M., Cadete, A., Gouveia, R., Alvarelhão, J. e Calado, E. (2016). *Vigilância Nacional da Paralisia Cerebral aos 5 anos de idade – Crianças Nascidas entre 2001 e 2007*. Lisboa: Federação das Associações Portuguesas de Paralisia Cerebral.

Wheeler, B. (2014). Promoção da Saúde do Recém-nascido e da Família. Em M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds.), *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9.a ed., pp. 240-293). Loures, Portugal: Lusociência.

WHO (2012). *Born too soon: The Global Action Report on Preterm Birth* .
Obtido de http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_borntoosoon-report.pdf

ANEXOS

Anexo I – Certificado de Formação Profissional – Suporte Avançado de Vida
Pediátrico



Instituto Nacional de Emergência Médica
Via Verde para a Vida

Departamento de Formação em Emergência Médica

Acreditado em 19/09/2002, nos termos do Despacho n.º 13019/98 de 29 de Julho do Ministério da Saúde

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Decreto-Lei n.º 95/92 de 23 de Maio e Decreto Regulamentar 35/2002 de 23 de Abril

Certifica-se que Marta Alexandra dos Santos Damião, nascido(a) a 09-04-1990, em São Pedro do Sul, de nacionalidade Portuguesa, de sexo Feminino, com o número de identificação 13763708, concluiu com aproveitamento, em 09-11-2018, o Curso de Formação Profissional.

Módulo Suporte Avançado Vida Pediátrico

que decorreu de 08-11-2018 a 09-11-2018, com a duração total de 16,00 horas, tendo obtido a classificação final de 17.5 valores, numa escala de 0 a 20.

Centro de Formação DR Centro, 08-02-2019



Departamento de Formação
em Emergência Médica



(Teresa Maria Cardoso Pinto)

Certificado N.º / 113-1.0-0918/34296/61300/2018

Válido até Novembro de 2023

SUPORTE AVANÇADO DE VIDA PEDIÁTRICO (16 horas)

Modalidade da Formação:

Formação inicial

Área de Formação:

Emergência Médica

Plano Curricular:

- Introdução. Particularidades da pediatria
- Criança gravemente doente – avaliação inicial
- Emergências pediátricas
- Algoritmo de SBV pediátrico
- Bancas de competências: Via aérea, TAP/ABCDE, Trauma, Acessos
- Fármacos de reanimação
- Cenários de casos clínicos – emergências pediátricas
- Algoritmo SAV pediátrico
- Reanimação neonatal
- Cuidados pós-reanimação
- Casos clínicos SAV e Reanimação neonatal

Competência Adquirida:

Suporte Avançado de Vida Pediátrico

APÊNDICES

Apêndice I - Cronograma de Estágios

CRONOGRAMA DE ESTÁGIOS

[illegible]

Apêndice II – Folheto Informativo: “O meu filho vai ser vacinado e agora? Como posso ajudá-lo?”

Como dizer ao meu filho que é dia de vacina?

0-18 meses

- ◊ Explicar que vai à Srª Enfª para fazer uma vacina para ficar protegido.

5 anos

- ◊ No próprio dia da vacina explique que vai à Srª Enfª para fazer um medicamento que o vai proteger de doenças. Focalize a sua informação na vacina e não tanto na dor.

10 anos

- ◊ Explicar, no dia antes à criança, que irá fazer uma vacina para a proteger. Explique ainda quais as vantagens da vacinação (se tiver dúvidas esclareça junto do seu Enfermeiro de Família).

Evite dizer...

“A Enfermeira é má...”

“Vais levar uma pica”

“Não dói ”

“Quem chora são os bebés”

“Se chorares a Enfermeira dá outra”

“O mano não chora”

(...)

Importante Lembrar

Após a Vacinação, deverá aguardar 30 minutos na sala para perceber se a sua criança teve alguma reação adversa à vacina.

Venha com Tempo para estar tranquilo e calmo com o seu filho.

**Se surgir alguma dúvida
contacte o seu Enfermeiro
de Família**

Referências Bibliográficas

- Barros, L. (2010). A dor pediátrica associada a procedimentos médicos: contributos da psicologia pediátrica. *Temas em Psicologia*, 18 (2), 295-306.
- Direcção-Geral de Saúde. (2017). Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor. *Direcção-Geral da Saúde*. Obtido de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-prevencao-e-controlo-da-dor.aspx>
- Jacob, E. (2014). Apreciação e Gestão da Dor na Criança. Em M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds.), *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., pp. 188-237). Loures, Portugal: Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Cadernos OE, série I, n.º 6. S.L.: Ordem dos Enfermeiros. Obtido de <https://www.ordem.enfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documentos/cadernosoe-dor.pdf>



O meu filho vai ser
Vacinado e agora?
Como posso
ajudá-lo?





As Vacinas Salvam Vidas

A vacinação permite
proteger quem é vacinado
mas também evitar a
propagação de doenças

- * A dor associada à vacinação é, regra geral, uma dor aguda e breve
- * Muitas vezes essa dor está associada à ansiedade prévia da criança/pais ao procedimento

Como posso ajudar no controlo da dor do meu filho?

Esteja presente e tranquilo para que o seu filho
se sinta mais seguro e confiante

⇒ Dê sempre *feedback* positivo, sem nunca
utilizar expressões com as quais a criança
possa sentir-se humilhada (como por exemplo
dizer que “pareces um bebé a chorar”).

Reações mais frequentes das Crianças aos Procedimentos

0-18 meses

Choro;

Expressão facial de dor ;

Tentativa de resistência física e de afastamento deliberado
do estímulo após contacto (através de resposta corporal);

5 anos

Choro; Gritos; Batimentos repentinos com os braços e
pernas; Tentativas de afastamento antes do contacto;

Verbalização de expressões verbais como: “Ai”, “Dói”;

(os comportamentos nesta idade ocorrem muitas vezes de
forma antecipada ao procedimento, não percebendo o
benefício da vacinação e entendendo a dor como uma
punição, levando ao exagero o sofrimento)

10 anos

O choro é menos frequente

Já entendem o que é a vacinação.

Ainda está presente algum medo e ansiedade relativamente
à dor.

O que fazer durante a Vacinação?

0-18 meses

- * Amamentar
- * Cantar a música favorita
- * Dar o seu boneco favorito
- * Conversar calmamente
- * Dar colo



5 anos

- * Solicitar à criança que respire profundamente
e consiga controlar a sua respiração (exemplo:
simular que está a soprar as velas do bolo ou
cheirar uma flor; soprar bolinhas de sabão)
- * Cantar
- * Contar com a criança até ao maior número
que a criança conhece
- * Contar uma história
- * Encorajar o comportamento da criança

10 anos

- * Deixar que a criança exprima os seus medos
- * Conversar sobre o assunto de forma confiante
e realista
- * Solicitar a respiração profunda

o Conforte o seu filho antes, durante e
após o procedimento

o Elogie o comportamento positivo do seu
filho, mesmo que não tenha sido o espe-
rado

o Converse sobre o procedimento e sobre
o comportamento do seu filho de forma
positiva

Apêndice III – Manual de Apoio e Atuação na Avaliação e Gestão da Dor no Utente
Pediátrico



MANUAL DE APOIO E ATUAÇÃO NA AVALIAÇÃO E GESTÃO DA DOR NO UTENTE PEDIÁTRICO

Autora:

Marta Alexandra dos Santos Damião

(9º Curso de Mestrado na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria)

Enfª Orientadora: M. A.

Enfª Co-Orientadoras: I.G. e L.S.

Professora Orientadora: Professora Doutora Maria da Graça Vinagre da Graça

Outubro, 2018

SIGLAS

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção-Geral da Saúde

EDIN - *Échelle de Douleur et d’Inconfort du Nouveau-Né*

EVA - Escala Visual Analógica

FPS –R - *Faces Pain Scale – Revised*

FLACC - *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability*

ICN - *International Council of Nurses*

NIPS - *Neonatal Infant Pain Scale*

N-PASS - *Neonatal Pain, Agitation & Sedation Scale*

OE – Ordem dos Enfermeiros

PIPP - *Premature Infant Pain Scale*

PNPCD - Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor

PNV - Plano Nacional de Vacinação

RN – Recém-Nascido

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	5
1. A AVALIAÇÃO DA DOR PEDIÁTRICA	5
1.1. Avaliação da Dor no Recém-Nascido	6
1.2. Gestão da Dor no Recém-Nascido	8
1.2.1. Estratégias Não-Farmacológicas	8
1.3. Avaliação da Dor do Latente até aos 18 meses	11
1.4. Gestão da Dor do Latente até aos 18 meses	13
1.4.1. Estratégias Não-Farmacológicas	13
1.5. Avaliação da Dor na Criança aos 5 anos	14
1.6. Gestão da Dor na Criança aos 5 anos	16
1.6.1. Estratégias Não-Farmacológicas	17
1.7. Avaliação da Dor no adolescente aos 10 anos	19
1.8. Gestão da Dor no adolescente com 10 anos	19
1.8.1. Estratégias Não-Farmacológicas	20
2. APLICAÇÃO DE CREME EMLA ®	21
CONCLUSÃO	22
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23

ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1 – Escala de NIPS (Adaptado de Batalha, Santos & Guimarães, 2003).....	7
Quadro 2 – Descrição Escala NIPS e respetiva intervenção (Adaptado de Antunes & Nascimento, 2013)	8
Quadro 3 – Orientação de Utilização de Sacarose 24% em RN (Adaptado de DGS, 2012).....	10
Quadro 4 – Características das repostas do latente à dor (Adaptado de Jacob, 2014)	11
Quadro 5 – Escala da dor FLACC – Versão Portuguesa (Adaptado de Batalha, Reis, Costa, Carvalho, & Miguens, 2009)	12
Quadro 6 – Características das repostas da criança em idade pré-escolar (Adaptado de Jacob, 2014).	16

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 – Escala FPS-R	14
Figura 2 – Escala de Faces de Wong.....	15

INTRODUÇÃO

A dor define-se como uma experiência multidimensional desagradável que envolve fatores fisiológicos, sensoriais, afetivos, cognitivos, comportamentais e socioculturais da pessoa que a sofre, sendo por isso individual e subjetiva. Associa-se, ou é descrita como associada, a uma lesão tecidual concreta ou potencial (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2003; Ordem dos Enfermeiros [OE], 2008).

Em 2003 a DGS instituiu a Dor como o 5º Sinal Vital, reconhecendo o seu controlo como um direito dos utentes e um dever dos profissionais de saúde, representando assim um passo fundamental para a humanização dos serviços de saúde (DGS, 2003). Não é possível atribuir à dor qualquer vantagem biológica, pelo contrário, uma dor não controlada pode motivar alterações orgânicas, comorbilidades, redução da qualidade de vida e perpetuação da dor. Assim, é importante a contínua formação dos profissionais de saúde no sentido de prevenir e controlar a dor do utente, melhorando a sua qualidade de vida e capacidade funcional (DGS, 2017).

De acordo com a CIPE® (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) o foco Dor é definido como:

perceção comprometida: aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tônus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da perceção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite. (OE, 2015, p.54).

Embora tenha havido nos últimos anos uma grande evolução no que concerne à avaliação e gestão da dor nas crianças, a avaliação da dor pediátrica continua a ser bastante complexa e desafiadora, estando a capacidade de autoavaliação da dor em constante mudança há medida que a criança vai crescendo e desenvolvendo a linguagem e a maturidade cognitiva (Jacob, 2014).

Como Meta de Saúde a 2020, o Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor propõe “promover modelos de boas práticas na abordagem da dor em todos os níveis de prestação de cuidados de saúde” (DGS, 2017, p.5).

Neste sentido, surge o presente Manual de Apoio de Atuação na Avaliação e Gestão da Dor no Utente Pediátrico com o objetivo de dar resposta às necessidades sentidas pela equipa, bem como promover cuidados com vista à melhoria das práticas na abordagem à dor do utente pediátrico.

1. A AVALIAÇÃO DA DOR PEDIÁTRICA

Ao abordar a dor pediátrica, é importante considerar as orientações gerais da DGS que visam a boa prática na avaliação da dor pediátrica:

- a) Acreditar sempre na criança que refere dor;
- b) Privilegiar a autoavaliação a partir dos 3 anos, sempre que possível;
- c) Dar tempo à criança para expressar a sua dor;

- d) Ter sempre presente o comportamento habitual da criança ou de uma criança sem dor da mesma idade;
- e) Dialogar com a criança (a partir dos 3 anos) /pais/cuidador principal, observar a criança e utilizar um instrumento de avaliação da dor;
- f) Realizar a história de dor na admissão da criança (...) na primeira consulta;
- g) Manter o mesmo instrumento em todas as avaliações da mesma criança (...);
- h) Utilizar de forma rigorosa as instruções metodológicas específicas de cada instrumento.

(DGS, 2010, p.1)

A OE (2013) sugere ainda alguns princípios que garantam os direitos das crianças como:

- Ter sempre presente a idade e o nível de desenvolvimento cognitivo da criança, fornecendo informação à criança ajustada ao seu estágio de desenvolvimento;
- Negociar a presença do pai/mãe ou da pessoa significativa para a criança;
- Facilitar a segurança e proteção pelos pais, permitindo que estes decidam qual o tipo de colaboração que pretendem dar;
- Sempre que possível, assegurar que os procedimentos sejam executados pelo enfermeiro de família uma vez que, em princípio, já estará estabelecida uma relação de confiança;
- Nunca usar procedimentos de Enfermagem como ameaça;
- Ser honesto com a criança e com a família, sem transmitir falsa confiança e tranquilidade em relação ao procedimento doloroso (como por exemplo dizer que “não vai doer nada”);
- Ajudar a criança a participar no controlo da sua dor, dando-lhe algum controlo sobre o tratamento;
- Privilegiar sempre *feedback* positivo, sem nunca utilizar expressões com as quais a criança possa sentir-se humilhada (como por exemplo dizer que “pareces um bebé a chorar”).

1.1. Avaliação da Dor no Recém-Nascido

A avaliação da dor no Recém-Nascido (RN) é difícil uma vez que o indicador mais confiável da dor, o autorrelato, não é possível. Deste modo, a avaliação é baseada em alterações comportamentais e fisiológicas (Jacob, 2014).

A maioria dos RN respondem à dor com movimentos corporais, contudo é importante lembrar que o RN pode experienciar dor sem manifestação comportamental desta (principalmente os RN de pré-termo) (Jacob, 2014).

A DGS (2010) recomenda a utilização das seguintes escalas:

- EDIN (*Échelle de Douleur et d’Inconfort du Nouveau-Né*) – Escala utilizada para RN de pré-termo e em contexto de Cuidados Intensivos;

- NIPS (*Neonatal Infant Pain Scale*) – Escala utilizada em RN de termo e pré-termo;
- PIPP (*Premature Infant Pain Scale*) – Escala útil para a avaliação da dor em procedimentos dolorosos em RN de termo e pré-termo;
- N-PASS (*Neonatal Pain, Agitation & Sedation Scale*) – Escala utilizada em RN que se encontra sedados e sob ventilação assistida.

No contexto do ACES OESTE SUL, sugere-se a Avaliação da Dor do RN através da escala NIPS por ser efetivamente mais fácil de utilizar e por apenas conter a avaliação de 1 indicador fisiológico como irá ser descrito de seguida.

A Escala NIPS é composta por 6 indicadores de dor: 5 comportamentais (avaliação da expressão facial, o choro, os movimentos das pernas e braços e o estado de vigília) e 1 fisiológico (movimentos respiratórios):

Descrição	
Expressão Facial	
0 – Relaxada	Face Serena, expressão neutra
1 – Careta	Músculos Faciais tensos, sobancelhas, queixo e maxilares enrugados (expressão facial negativa – nariz, boca e sobancelha)
Choro	
0 – Ausente	Sereno, não chora
1 – Choramanga	Choramingo brando, intermitente
2 – Choro Vigoroso	Gritos altos, agudos, contínuos, que vão aumentando de intensidade
Respiração	
0 – Relaxada	Padrão normal para o RN
1 – Mudança na Respiração	Inspiração irregular, mais rápida do que o normal, sufocante, que impede a respiração
Braços	
0 – Relaxados/Controlados	Ausência de rigidez muscular, movimentos ocasionais e esporádicos dos braços
1 – Flexionados/Estendidos	Braços tensos, esticados e/ou extensão/flexão rígida e/ou rápida
Pernas	
0 – Relaxadas/Controladas	Ausência de rigidez muscular, movimentos ocasionais e esporádicos das pernas
1 – Flexionadas/Estendidas	Pernas tensas, esticadas e/ou extensão/flexão rígida e/ou rápida
Estado de Vigília	
0 – Dorme/Calmo	Calmo, tranquilo, a dormir ou acordado e estável
1 – Agitado	Alerta, inquieto e agitado

Quadro 1 – Escala de NIPS (Adaptado de Batalha, Santos & Guimarães, 2003)

Assim, cada indicador é medido de 0 a 1 ponto (à exceção do choro que é de 0 a 2 pontos), sendo a variação da avaliação da escala de 0 a 7 pontos. O quadro seguinte remete para as intervenções necessárias de acordo com a avaliação da dor do RN.

Avaliação da Dor	Intervenção
0 – 2 Pontos -> Dor Ausente ou Ligeira	Nenhuma
3 – 4 Pontos -> Dor Ligeira a Moderada	Intervenção Não Farmacológica. Necessidade de reavaliação 30' após o procedimento
>4 Pontos -> Dor Severa	Intervenção Não Farmacológica e possivelmente Farmacológica. Reavaliar 30' após o procedimento

Quadro 2 – Descrição Escala NIPS e respetiva intervenção (Adaptado de Antunes & Nascimento, 2013)

1.2. Gestão da Dor no Recém-Nascido

Em Cuidados de Saúde Primários, o procedimento doloroso a que o recém-nascido está mais sujeito é o do Teste de *Guthrie* – Diagnóstico Precoce (IAC, 2006). Sugere-se então a adoção das estratégias de Gestão de Dor (Não-Farmacológicas), descritas no ponto seguinte, aquando da abordagem ao RN que irá ser sujeito a punção do calcanhar.

1.2.1. Estratégias Não-Farmacológicas

As estratégias não-farmacológicas são um importante recurso para o alívio da dor, podendo ser utilizadas de uma forma isolada ou em conjunto com as intervenções farmacológicas (no caso de dor moderada a intensa). A utilização destas estratégias tem sido considerada importante em situações potencialmente dolorosas (OE, 2013).

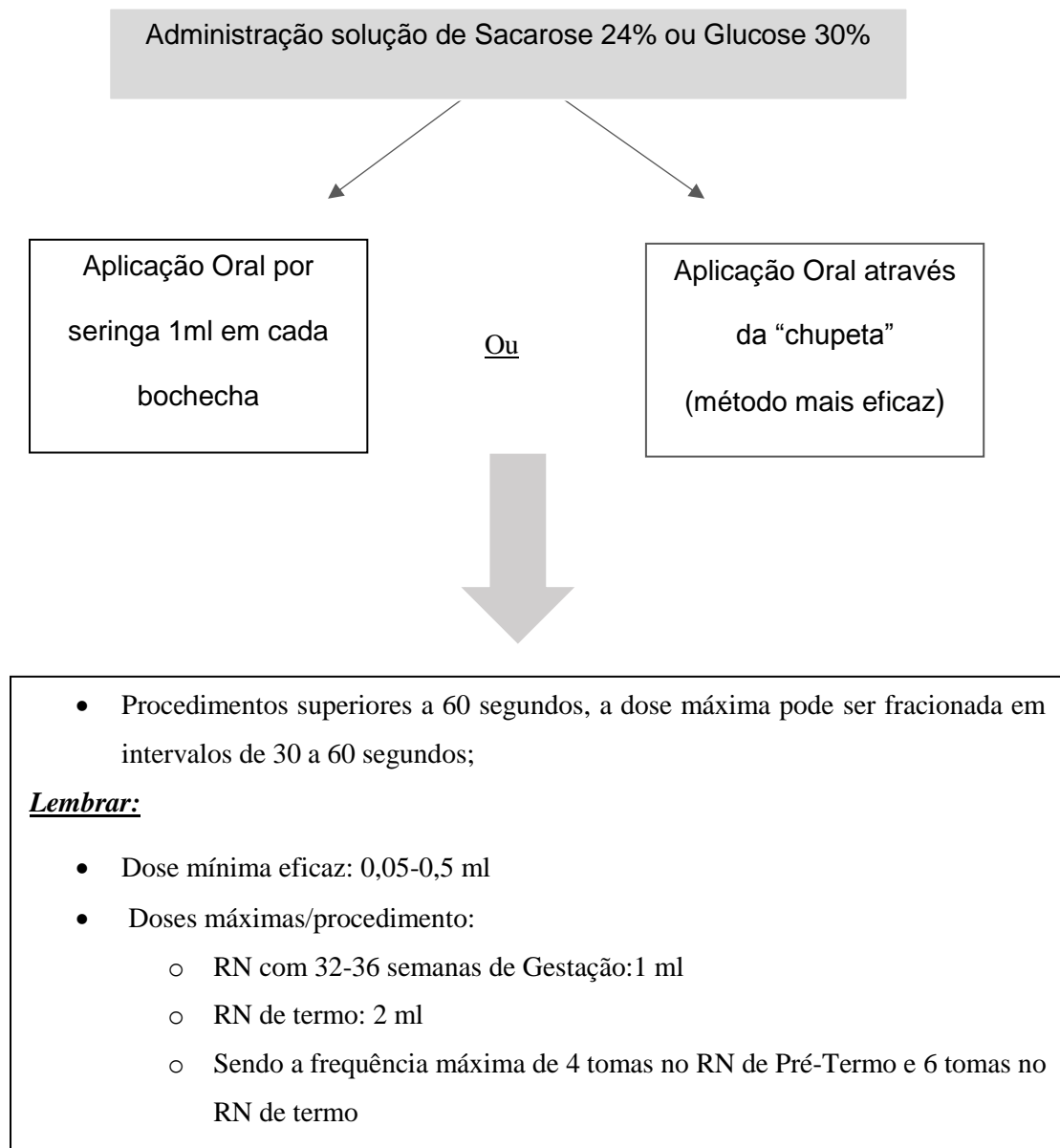
Particularmente no RN sujeito ao Procedimento do Teste de *Guthrie* – Diagnóstico Precoce, Pinto (2006) sugere essencialmente intervenções de carácter ambiental e comportamental:

- Permitir a presença dos pais;
- Proporcionar um ambiente tranquilo protegido de luz intensa e de ruído;
- Posicionar o recém-nascido de forma confortável e familiar;
- Manipular o RN o mínimo indispensável e de uma forma suave;
- Utilizar as lancetas adequadas para a punção do calcanhar do RN.

A DGS (2012) e a OE (2013) acrescentam ainda intervenções não-farmacológicas que facilmente poderão ser utilizadas em contexto de Cuidados de Saúde Primárias como:

- **Método Canguru** - consiste na colocação vertical do RN junto ao peito da mãe ou pai, em contacto pele com pele, permitindo assim a redução significativa da duração do choro – dever ser iniciado antes do procedimento e mantido após terminar;
- **Contenção** – consiste em envolver o recém-nascido numa manta familiar, com flexão dos membros e tronco, devendo o profissional deixar as mãos livres para que o RN possa chegar à boca - método *swaddling*;
- **Sucção Não Nutritiva** - a utilização da “chupeta” modula o desconforto do RN diminuindo o tempo de choro e reduzindo a intensidade do estímulo doloroso. Os movimentos ritmados de sucção permitem atenuar a mimica facial de dor através da libertação de endorfinas;
- **Aleitamento materno** - para além dos benefícios afetivos e nutricionais já conhecidos do aleitamento materno, a amamentação antes, durante e após o procedimento, permite alívio de dor do RN;
- **Sacarose a 24% ou Glucose a 30%** - a utilização da sacarose tem sido bastante estudada, verificando-se diminuição do tempo de choro no RN bem como redução dos níveis de score obtidos na avaliação da dor aquando do procedimento. Importante salientar que o efeito analgésico da solução glicosada (exemplo: Glicose Hipertónica a 30%) é semelhante ao da Sacarose.

Orientação de utilização de Sacarose 24% e de Glucose a 30%, de acordo com a Orientação nº: 024/2012 da DGS (2012):



Quadro 3 – Orientação de Utilização de Sacarose 24% em RN (Adaptado de DGS, 2012)

Por fim, importante lembrar que os estudos indicam que, nos procedimentos que envolvem punção do calcanhar do RN, o recurso ao aquecimento do calcanhar, aplicação de creme EMLA® e administração de paracetamol, são ineficazes (Pinto, 2006).

1.3. Avaliação da Dor do Latente até aos 18 meses

Sabemos que a experiência de dor na criança é influenciada pela sua idade, pelo seu desenvolvimento, pela natureza da dor e pela capacidade da criança expressar essa mesma dor (Jacob, 2014).

Os instrumentos de avaliação da dor pediátrica são de natureza comportamental e fisiológica, ou de autorrelato, sendo usados para avaliação da intensidade da dor da criança e do jovem. Contudo, até aos 4 anos, os instrumentos de autorrelato não são considerados válidos uma vez que até esta idade a maioria das crianças não tem capacidade para relatar com precisão a intensidade da sua dor, sendo por vezes difícil a diferenciação das reações da dor de outras fontes de angústia, como a fome, ansiedade ou outros tipos de desconforto (Jacob, 2014).

Neste sentido, torna-se importante relembrar as características de resposta à dor do latente.

<i>Características das respostas da criança à dor</i>
Latente
<ul style="list-style-type: none">○ Choro vigoroso;○ Expressão facial dor ou ira;○ Tentativa de resistência física e de afastamento deliberado do estímulo após contacto (através de resposta corporal).

Quadro 4 – Características das repostas do latente à dor (Adaptado de Jacob, 2014)

Assim, a DGS (2010) recomenda o instrumento de avaliação comportamental da dor – FLACC (*Face, Legs, Activity, Cry, Consolability*) para crianças menores de 4 anos ou sem capacidade para verbalizar.

O instrumento de avaliação FLACC inclui a avaliação de 5 categorias de comportamento:

- Expressão Facial (*Face*);
- Movimento dos Membros Inferiores (*Legs*);
- Atividade da Criança (*Activity*);
- Choro (*Cry*);
- Consolabilidade da criança (*Consolability*);

Indicador	Descrição
Expressão Facial	0. Nenhuma expressão particular ou sorriso. 1. Caretas ou sobrancelhas franzidas de vez em quando, introversão, desinteresse. 2. Tremor frequente do queixo, mandíbulas cerradas.
Movimento dos Membros Inferiores	0. Posição normal ou relaxadas. 1. Inquietas, agitadas, tensas. 2. Aos pontapés ou esticadas.
Atividade da Criança	0. Deitado calmamente, posição normal, mexe-se facilmente. 1. Contorcendo-se, virando-se para trás e para a frente, tenso. 2. Curvado, rígido ou com movimentos bruscos.
Choro	0. Ausência de choro (acordado ou adormecido). 1. Gemidos ou choramingos; queixas ocasionais. 2. Choro persistente, gritos ou soluços; queixas frequentes.
Consolabilidade	0. Satisfeito, relaxado. 1. Tranquilizado por toques, abraços ou conversas ocasionais; pode ser distraído. 2. Difícil de consolar ou confortar.

Quadro 5 – Escala da dor FLACC – Versão Portuguesa (Adaptado de Batalha, Reis, Costa, Carvalho, & Miguens, 2009)

A Escala da Dor FLACC – Versão Portuguesa, de acordo com o estudo de Batalha, L., Reis, G., Costa, L., Carvalho, M. e Miguens, A., (2009), é de fácil e rápida utilização (num período de 2 a 4 minutos), e pode ser utilizada em todas as idades pediátricas e na maior parte das situações clínicas. Deste modo, ainda de acordo com os autores, a FLACC – Versão Portuguesa, permite a tomada de decisão segura no controlo da dor, contribuindo assim para a melhoria dos cuidados.

1.4. Gestão da Dor do Latente até aos 18 meses

Até aos 18 meses, o latente é sujeito a, pelo menos, nove momentos de vacinação de acordo com Plano Nacional de Vacinação (DGS, 2017), pelo que se torna importante abordar a necessidade de gestão da dor no latente aquando deste procedimento.

Como vimos anteriormente, a manifestação do latente à dor é de carácter, essencialmente, comportamental. Assim, sugere-se adoção das estratégias de Gestão de Dor (Não-Farmacológicas), descritas em 1.4.1., aquando da abordagem ao latente que irá ser submetido a vacinação.

1.4.1. Estratégias Não-Farmacológicas

À semelhança do RN, a amamentação e a sucção não nutritiva apresentam-se como duas estratégias de gestão da dor no latente (Jacob, 2014). A importância da presença dos pais é essencial no sentido de transmitir conforto e confiança à criança, bem como a utilização de objetos familiares da criança (OE, 2013; Jacob, 2014).

Sugere-se ainda para esta faixa etária o recurso às seguintes estratégias:

- **Distração Cognitiva e Comportamental** - Estratégia cognitiva que dirija a atenção da criança para estímulos diferentes do procedimento, como por exemplo:
 - Cantar músicas familiares do latente;
 - Visionamento de um pequeno filme;
 - Descrever ou identificar elementos numa imagem (orientação pelos pais ou enfermeiro);

(Barros, 2010; Jacob, 2014)

(Importante lembrar que “estas estratégias são mais eficazes na fase antecipatória e inicial do procedimento” (Barros, 2010, p. 300).

- **Relaxamento Muscular** - Estratégia que visa ajudar a criança a relaxar a parte do corpo envolvida no procedimento (Barros, 2010):
 - Antes dos 12 meses a administração da vacina é realizada na coxa (DGS, 2017) pelo que a utilização desta estratégia deverá ser feita essencialmente no sentido de adoção de uma posição confortável e bem apoiada da criança nos pais (exemplo: posição vertical contra o tórax e ombro) (Jacob, 2014)

- Após os 12 meses a administração é feita no deltoide (DGS, 2017), pelo que poderá ser possível pedir à criança para “bater palmas” e depois deixar os braços cansados e leves (Barros, 2010).

1.5. Avaliação da Dor na Criança aos 5 anos

As escalas de autoavaliação da dor permitem um registo sobre a experiência subjetiva de dor (Barros, 2010).

Para as crianças entre os 4 e os 6 anos, a DGS (2010), recomenda a utilização dos seguintes instrumentos:

- FPS-R (*Faces Pain Scale – Revised*);
- Escala de Faces de Wong-Baker.

FPS-R (*Faces Pain Scale – Revised*)

A FPS-R permite que a criança escolha entre 6 faces, desde a face “neutra” até à face que corresponde à “dor elevada máxima”, por forma a identificar a que melhor representa a sua experiência de dor (Barros, 2010).

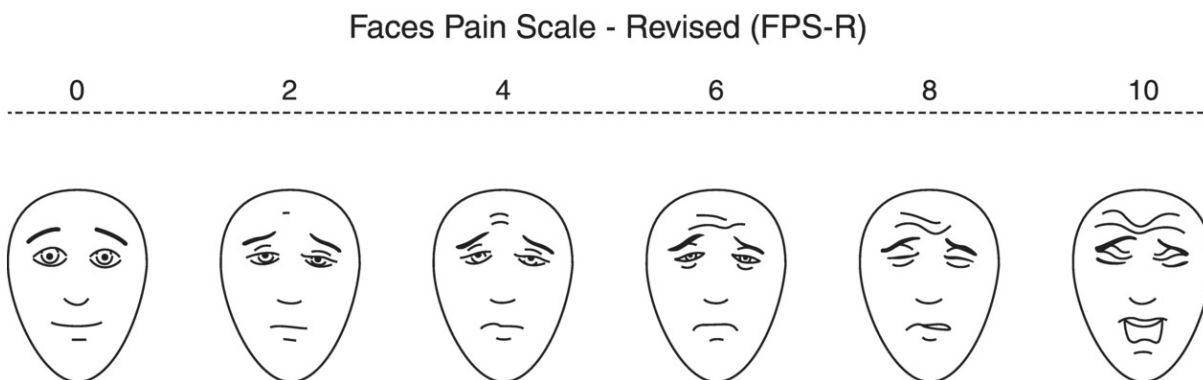


Figura 1 – Escala FPS-R

Importante lembrar que a linguagem utilizada para a explicação do instrumento à criança, deverá ser sempre adaptado ao seu desenvolvimento cognitivo (DGS, 2010).

Sugere-se a seguinte explicação do instrumento à criança: “Estas caras mostram o quanto algo pode doer/magoar/aleijar (ajustar à linguagem da criança). A primeira cara (apontar para a face que se encontra mais à esquerda) não tem dor. Mas as outras caras têm cada vez mais dor (apontar para cada uma das faces da esquerda para a direita) até chegar a estar (apontar para a face que se encontra mais à direita) que tem muita dor. Agora aponta para a cara que mostra o quanto te dói agora” (DGS, 2010).

Escala de Faces de Wong-Baker

A Escala de Faces de Wong-Baker permite à criança escolher entre 6 faces desde a face “mais sorridente” até à “face com lágrimas” (Jacob, 2014).



Figura 2 – Escala de Faces de Wong

Esta escala, de acordo com Jacob (2014, p.193) é uma escala que “proporciona três escalas numa só: expressões faciais, números e palavras”.

Sugere-se começar por explicar à criança que cada cara corresponde a uma pessoa que se sente contente por não ter dor, ou triste porque tem alguma dor ou muita dor. A face 0 está muito contente porque não tem nenhuma dor; a Face 1 dói só um bocadinho; a Face 2 dói um bocadinho mais; a Face 3 dói ainda mais; a Face 4 dói mesmo muito e a Face 5 dói a dor maior que se pode imaginar (embora que não tenha que estar necessariamente a chorar) (Jacob, 2014).

Há medida que se vai explicando, é importante apontar para cada face usando então as palavras que vão descrevendo a intensidade da dor. Depois, deve-se pedir à criança que esta escolha a face que melhor descreve a sua dor. A cada face corresponde um número, sendo esse número o valor de registo da dor dessa criança (Jacob, 2014).

À semelhança da FPS-R, a linguagem utilizada para a explicação do instrumento à criança, deverá ser sempre adaptado ao seu desenvolvimento cognitivo (DGS, 2010).

1.6. Gestão da Dor na Criança aos 5 anos

De acordo com Barros (2010), a dor associada a procedimentos invasivos, regra geral, é uma dor aguda breve, uma vez que termina quando o procedimento acaba. Ainda de acordo com a autora, a dor associada a procedimentos invasivos simples, como é o caso da vacinação “está intimamente associada a ansiedade antecipatória” (Barros, 2010, p. 286), pelo que não é possível de ser controlada com analgésicos.

Como já vimos, o medo e a ansiedade aumentam os sentimentos de sofrimento físico e diminuem a tolerância à dor. Assim, quanto maior a ansiedade maior a sensação de dor, pelo que é possível afirmar que a ansiedade potencializa a dor (Barros, 2010).

É importante que o profissional de saúde consiga antecipar a dor da criança, tendo em consideração os diferentes fatores de expressão da dor que podem influenciar a avaliação por parte do profissional (linguagem, etnia e fatores culturais) (Bennet et al, 2009). As famílias e os profissionais da equipa multidisciplinar devem estar atentos e aplicar métodos para reduzir a ansiedade antes dos procedimentos (Howard et al, 2012,).

<i>Características das respostas da criança à dor</i>
Crianças em idade pré-escolar
<ul style="list-style-type: none">○ Choro vigoroso;○ Gritos;○ Batimentos repentinos com os membros superiores e inferiores;○ Tentativas de afastamento do estímulo antes do contacto;○ Pouca colaboração;○ Solicitação de suporte físico nos pais ou pessoa significativa;○ Verbalização de expressões verbais como: “Ai”, “Dói”;○ Exigência do fim do procedimento;○ Agitação e Irritabilidade; <p>(os comportamentos nesta idade ocorrem muitas vezes de forma antecipada ao procedimento)</p>

Quadro 6 – Características das repostas da criança em idade pré-escolar (Adaptado de Jacob, 2014)

1.6.1. Estratégias Não-Farmacológicas

Assim sugere-se para este grupo etário a adoção das seguintes estratégias não-farmacológicas de controlo da dor:

- **Relaxamento Muscular** - Estratégia que visa ajudar a criança a relaxar a parte do corpo envolvida no procedimento (Barros, 2010):
 - A administração da vacina é feita no deltoide (DGS, 2017), pelo que poderá ser possível pedir à criança para realizar “muita força” no braço e, de seguida, relaxar e deixar o braço leve “como o algodão” (Barros, 2010).
- **Exercícios Respiratórios** – Estratégia utilizada com o objetivo de proporcionar um ambiente divertido e, simultaneamente, um relaxamento global. A criança ao longo do procedimento terá uma atitude ativa ao invés de passiva, aprendendo a controlar a sua dor (Barros, 2010):
 - Solicitar à criança que respire profundamente e consiga controlar a sua respiração: com recurso a apitos ou bolas de sabão (Barros, 2010; DGS, 2012; Jacob, 2014).
- **Distração** – Consiste em dirigir a atenção da criança para diferentes estímulos que não o do procedimento (Barros, 2010; DGS, 2012; Jacob, 2014):
 - Visionamento de filmes, clips favoritos da criança;
 - Contar histórias;
 - Soprar bolas de sabão.
- **Reforço Positivo** – Antes do procedimento conversar com a criança e explicar o comportamento que é esperado e a respetiva recompensa. Quando terminado o procedimento, elogiar a criança e atribuir prémio (s) que haviam sido acordados (exemplo: Diploma, Autocolante de “Bom Comportamento”) (Barros, 2010; DGS, 2012; Jacob, 2014).
- **Informação/Preparação** – Antes do procedimento conversar com a criança e explicar o que “se irá passar” e que tipo de “sensações” poderá sentir, por forma a ajudá-la a formar uma expectativa realista. A preparação pode incluir a manipulação de alguns materiais, sendo que é importante lembrar que cabe ao enfermeiro avaliar o tempo de

preparação e o tipo de informação que é fornecida, por forma a estar adaptado ao estágio de desenvolvimento da criança (Barros, 2010; DGS, 2012).

- **Modelação** – Antes do procedimento, sempre que possível, deixar a criança observar um adulto a uma simulação do procedimento e a utilizar estratégias de *coping*, ou até mesmo utilizar um boneco para servir de exemplo na demonstração do procedimento (DGS; 2012);
- **Imaginação Guiada** – Esta estratégia consiste em pedir à criança que se concentre numa imagem (mental) a qual goste muito e que tente imaginar a sua forma, cor, cheiro, sabor, etc., por forma a descentralizar a criança do procedimento doloroso, concentrando em imagens contrárias “ao cenário” de dor (Barros, 2010; DGS; 2012).
- **Imagética** – Esta estratégia entra no campo da imaginação emotiva e consiste em perguntar à criança, a título de exemplo, qual o seu Super-Herói favorito. A partir dessa personagem irá ser construída uma história em que o Super-Herói irá ajudar a criança no procedimento a que esta irá ser sujeita (neste caso: a Vacinação) (Barros, 2010; DGS; 2012).
- **Autoinstrução Positiva** - A criança é orientada para, no decorrer do procedimento, repetir frases curtas e positivas de autoincentivo (por exemplo: “sou corajosa e vou comportar-me muito bem!”). Esta estratégia engloba também a estratégia de distração e de reforço positivo (Barros, 2010).

1.7. Avaliação da Dor no adolescente aos 10 anos

A partir dos 6 anos de idade, a DGS (2010) recomenda, para além da FPS-R e da Escala de Faces de Wong-Baker a utilização dos seguintes instrumentos de avaliação da dor da criança:

- EVA (Escala Visual Analógica);
- EN (Escala Numérica).

EVA (Escala Visual Analógica)

A EVA pode ser utilizada em linha horizontal ou vertical. A linha é desenhada com um determinado comprimento (aconselha-se 10 cm) e são marcados itens de representação da dor extrema que está a ser avaliada. Deverá então ser solicitado à criança que marque um ponto da linha por forma a localizar a sua dor. De seguida, com uma régua, mede-se desde o ponto 0 “sem dor” até ao ponto marcado pela criança, sendo então esse o valor da sua dor (Jacob, 2014).

EN (Escala Numérica)

A EN consiste numa linha reta com as extremidades identificadas (como por exemplo: “sem dor” e “pior dor”) e, por vezes, identificada a meio com “dor moderada”. Ao longo da linha as divisões são marcadas em unidades de 0 a 10 (podendo o valor máximo variar). Deverá ser explicado à criança que numa extremidade da linha está o número 0 que significa que a pessoa “não tem dor” e na outra extremidade está o 5 ou o 10, que significa que a pessoa tem a pior dor que pode imaginar. Os números de 1 a 5 (ou de 1 a 10), vão desde muito pouca dor a muita dor. De seguida pedir à criança que escolha o número que melhor descreve a sua dor (Jacob, 2014).

1.8. Gestão da Dor no adolescente com 10 anos

Com o crescimento e o desenvolvimento da criança e do adolescente a sua expressão da dor e da ansiedade, bem como a sua compreensão e interpretação dessa mesma dor, altera-se. Assim, também as estratégias que utiliza para gerir a sua dor são potencialmente mais eficazes. Nas crianças mais velhas e nos adolescentes, é então possível integrar estratégias mais sofisticadas e mais exigentes no que concerne à participação da criança (Barros, 2010).

1.8.1. Estratégias Não-Farmacológicas

As estratégias identificadas em 1.6.1. são igualmente importantes nos adolescentes de 10 anos, sendo que sempre adequadas e adaptadas ao seu estágio de desenvolvimento.

Identificam-se ainda outras estratégias não-farmacológicas para o controlo da dor:

- **Humor** - Estratégia de comunicação com a criança que proporciona alívio de tensão e promove a diminuição das preocupações (torna assim as relações mais próximas e de maior confiança) (OE, 2013);
- **“Parar o Pensamento”** – Consiste em identificar pontos positivos sobre o procedimento (Exemplo: “É uma vacina que me vai ajudar a não ter tantas doenças e vai ser rápido e quase nem vou dar conta”), bem como em identificar informação que tranquilize (Exemplo: “Se eu tentar imaginar que não estou nesta sala e neste lugar, talvez não doa tanto”). Importante ainda pedir à criança para pensar em todos os fatores positivos e tranquilizantes identificados, memorizando-os para que durante o procedimento consiga repeti-los de forma sucessiva (Jacob, 2014).

2. APLICAÇÃO DE CREME EMLA ®

De acordo com o estudo de Taddio, Appleton, Bortolussi, et al. (2010) e com o estudo de Abuelkheir, Alsourani, Al-Eyadhy, Temsah, Meo e Alzamil (2014), aplicação do creme EMLA® permite a redução da dor aquando da vacinação intramuscular e subcutânea.

O creme EMLA® é constituído por uma mistura de anestésicos tópicos: lidocaína (2,5%) e prilocaína (2,5%). Dada a sua segurança e eficácia comprovada antes da vacinação em crianças, seria importante a utilização de forma rotineira. Importante ainda salientar que a possibilidade de efeitos do EMLA ® na resposta imunitária do organismo aquando da imunização com vacinas vivas já havia sido estudada não havendo qualquer evidência de interações (Abuelkheir et al, 2014).

A DGS (2012) recomenda a utilização de EMLA® na seguinte dosagem:

Creme sob penso oclusivo:

0-3 M: 0,5g (Máx: 1g/dia)

4-12 M: 0,5g (Máx: 2g/dia)

1-6 A: 1-2g (Máx: 10g/dia)

7-11 A: 1-2g (Máx:20g/dia)

>12 A: 2-3g (Máx: 50g/dia)

Penso impregnado

Contudo, não é feita referência pela DGS relativamente à possibilidade de aplicação aquando da vacinação.

O creme EMLA® tem início de atuação ao fim de 60 minutos, sendo o pico de ação aos 120 minutos, com a duração total de atuação de 4 horas (DGS, 2012). No entanto, existe uma desvantagem relativamente à possível utilização do EMLA® que está relacionada com o elevado custo financeiro, podendo não ser acessível a todas as famílias.

CONCLUSÃO

Cada vez mais é importante perceber, avaliar e valorizar a dor pediátrica, bem como a ansiedade associada aos procedimentos invasivos.

Acompanhada à dor encontram-se muitas vezes o medo e ansiedade, sendo estes fatores agravantes dessa mesma dor. Deste modo, torna-se importante que esta ansiedade antecipatória seja minimizada através de uma correta abordagem da dor desde que a criança tem o seu primeiro contato com os serviços de saúde (DGS, 2012).

É assim importante a utilização frequente de intervenções não farmacológicas para a diminuição do medo e ansiedade (em função da idade, desenvolvimento cognitivo, experiências prévias e estratégias de coping da criança/jovem) (DGS, 2012).

Espera-se que o presente Manual seja uma importante ferramenta de consulta de trabalho e que os profissionais consigam adotar as estratégias mais eficazes para o controlo de dor na criança.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abuelkheir, M., Alsourani D., Al-Eyadhy, A., Temsah, M., Meo, S e Fahad, A., (2014). EMLA-cream: A pain-relieving strategy for childhood vaccination. *Journal of International Medical Research*, 42 (2), 329–336.

Antunes, J., Nascimento, M. (2013). A sucção não nutritiva do recém-nascido prematuro como uma tecnologia de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66 (5), 663-667.

Barros, L. (2010). A dor pediátrica associada a procedimentos médicos: contributos da psicologia pediátrica. *Temas em Psicologia*, 18 (2), 295-306.

Batalha, L., Santos, L., Guimarães, H. (2003). Avaliação de dor e desconforto no recém-nascido. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 34 (3), 159-163.

Batalha, L., Reis, G., Costa, L., Carvalho, M., Miguens, A. (2009). Adaptação cultural e validação da reprodutibilidade da versão Portuguesa da escala de dor Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC) em crianças. *Revista Referência*, 10, 7-14.

Bennet M., Carter B., Dooley F., et al. (2009). *The Recognition and Assessment of Acute Pain in Children*. Londres: Royal College of Nursing.

Direção-Geral da Saúde. (2003). Circular Normativa nº 9/DGCG de 14/6/2003: A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. *Direção-Geral da Saúde*. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2010). Orientação nº 014/2010 de 14/12/2010: Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. *Direção-Geral da Saúde*. Obtido de <https://www.dgs.pt/?ci=631&ur=1&newsletter=290>

Direção-Geral da Saúde. (2012). Orientação nº 022/2012 de 18/12/2012: Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos). *Direção-Geral da Saúde*. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0222012-de-18122012.aspx>

Direcção-Geral de Saúde. (2017). Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor. *Direcção-Geral da Saúde*. Obtido de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-prevencao-e-controlo-da-dor.aspx>

Howard R., Carter B., Curry J. (2012). Good practice in postoperative and procedural pain management. *Pediatric Anesthesia*, 2, 1–7.

Instituto de Apoio à Criança. (2006). *A dor na criança, atendimento de crianças e jovens nos centros de saúde*. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.

Jacob, E. (2014). Apreciação e Gestão da Dor na Criança. Em M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds.), *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9.a ed., pp. 188-237). Loures, Portugal: Lusociência.

Ordem dos Enfermeiros. (2008) *Guia Orientador de Boas Práticas DOR* (C. OE, Ed.). (Vol. 1). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Cadernos OE, série I, n.º6. S.I.: Ordem dos Enfermeiros. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2016). CIPE® Versão 2015 - Classificação *Internacional para a Prática de Enfermagem* Versão Portuguesa. Obtido de <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/catalogo-ciper-2015.html>

PINTO, F. (2006). A dor do recém-nascido em cuidados primários. Em Instituto de Apoio à Criança, *A dor na criança, atendimento de crianças e jovens nos centros de saúde* (pp. 117-124) Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.

Taddio, A., Appleton, M., Bortolussi R., et al. (2010). Reducing the pain of childhood vaccination: an evidence-based clinical practice guideline. *Canadian Medical Association Journal*, 182, 843-855.

Apêndice IV – Plano de Sessão de Formação no ACES

Plano de Sessão de Formação no ACES

Tema da Formação: Apresentação do Manual de Apoio e Atuação na Avaliação e Gestão da Dor no Utente Pediátrico

Destinatários: Enfermeiros do ACES

Preletor: Marta Damião (9º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria - ESEL)

Enfª Orientadora: M.A.

Enfª Co-Orientadoras: I. G. e L. S.

Professora Orientadora: Professora Doutora Maria da Graça Vinagre da Graça

Objetivos:

- Apresentar o Manual de Boas Práticas na Avaliação e Gestão da Dor no Utente Pediátrico.
- Sensibilizar a equipa de enfermagem para as boas práticas na avaliação e gestão da dor no utente pediátrico, dando resposta às necessidades sentidas pela equipa;
- Promover cuidados com vista à melhoria das práticas na abordagem à dor do utente pediátrico;

Método Pedagógico: Expositivo e Discussão Orientada

Duração: 60 minutos

Data: 25 de Outubro de 2018; 14h-15h

Local: Biblioteca do ACES

	<i>Conteúdo</i>	<i>Metodologia</i>	<i>Recursos Materiais</i>	<i>Tempo de Duração (minutos)</i>
<i>Introdução</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação da Preleitora; • Contextualização do Manual; • Apresentação do Sumário; • Apresentação dos Objetivos da Formação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Método Expositivo 	<ul style="list-style-type: none"> • Computador; • Projetor; • Apresentação Digital PowerPoint 	5
<i>Desenvolvimento</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Conceito de Dor; • Dor Pediátrica – Princípios e Direitos • Avaliação e Gestão da Dor no RN, no latente até aos 18 meses, na criança com 5 e 10 anos; • Aplicação do Creme EMLA®. 	<ul style="list-style-type: none"> • Método Expositivo; • Método Discussão Orientada; 	<ul style="list-style-type: none"> • Computador; • Projetor; • Apresentação Digital PowerPoint 	40
<i>Conclusão</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do Folheto Informativo – “O meu filho vai ser vacinado e agora? Como posso ajudá-lo?” • Esclarecimento de Dúvidas • Avaliação da Formação através do documento interno do Centro de Formação do ACES 	<ul style="list-style-type: none"> • Método Expositivo; • Método Discussão Orientada 	<ul style="list-style-type: none"> • Computador; • Projetor; • Apresentação Digital PowerPoint 	15

Apêndice V - Sessão de Formação: “Apresentação do Manual de Apoio e Atuação
na Avaliação e Gestão da Dor no Utente Pediátrico”

MANUAL DE APOIO E ATUAÇÃO NA AVALIAÇÃO E GESTÃO DA DOR NO UTENTE PEDIÁTRICO

MARTA DAMIÃO

[IX CURSO DE MESTRADO NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA]

Enfª Orientadora: M.A.
Enfªs Co-Orientadoras: I. G. e L.S.

Outubro, 2018

Sumário

- Objetivos
- Conceito de Dor
- Avaliação da Dor Pediátrica
- Avaliação e Gestão da Dor no Recém-Nascido
- Avaliação e Gestão da Dor do Latente até aos 18 meses
- Avaliação e Gestão da Dor na Criança aos 5 anos
- Avaliação e Gestão da Dor na Criança aos 10 anos
- Aplicação do Creme EMLA®
- Referências Bibliográficas

Objetivos

- ❖ Sensibilizar a equipa de enfermagem para as boas práticas na avaliação e gestão da dor no utente pediátrico, dando resposta às necessidades sentidas pela equipa;
- ❖ Promover cuidados com vista à melhoria das práticas na abordagem à dor do utente pediátrico;
- ❖ Apresentar o Manual de Boas Práticas na Avaliação e Gestão da Dor no Utente Pediátrico.

A Dor

Experiência multidimensional desagradável que envolve fatores fisiológicos, sensoriais, afetivos, cognitivos, comportamentais e socioculturais da pessoa que a sofre

Individual e subjetiva



Associa-se, ou é descrita como associada, a uma lesão tecidual concreta ou potencial

(DCS, 2003; OE, 2009)

A Dor

Em 2003 a DGS instituiu a Dor como o 5º Sinal Vital

O seu controlo

- É direito dos utentes
- É um dever dos profissionais de saúde

Importante a continua formação dos profissionais de saúde no sentido de prevenir e controlar a dor do utente, melhorando a sua qualidade de vida e capacidade funcional

(DGS, 2003, 2017)

A Dor

CIPE®

perceção comprometida: aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tônus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da perceção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite (OE, 2015, p.54)



A avaliação da dor pediátrica continua a ser bastante complexa e desafiadora, estando a capacidade de autoavaliação da dor em constante mudança há medida que a criança vai crescendo e desenvolvendo a linguagem e a maturidade cognitiva

(Jacob, 2014)

A Avaliação da Dor Pediátrica

- Acreditar sempre na criança que refere dor;
- Privilegiar a autoavaliação a partir dos 3 anos, sempre que possível;
- Dar tempo à criança para expressar a sua dor;
- Ter sempre presente o comportamento habitual da criança ou de uma criança sem dor da mesma idade;
- Dialogar com a criança (a partir dos 3 anos) /pais/cuidador principal, observar a criança e utilizar um instrumento de avaliação da dor;
- Realizar a história de dor na admissão da criança (...) na primeira consulta;
- Manter o mesmo instrumento em todas as avaliações da mesma criança (...);
- Utilizar de forma rigorosa as instruções metodológicas específicas de cada instrumento;

(DGS, 2010, p.1)

Princípios – Direitos das Crianças

- ❖ Ter sempre presente a idade e o nível de desenvolvimento cognitivo da criança;
- ❖ Negociar a presença do pai/mãe ou da pessoa significativa para a criança;
- ❖ Facilitar a segurança e proteção pelos pais;
- ❖ Sempre que possível, assegurar que os procedimentos sejam executados pelo enfermeiro de família uma vez que, em princípio, já estará estabelecida uma relação de confiança;
- ❖ Nunca usar procedimentos de Enfermagem como ameaça;
- ❖ Ser honesto com a criança e com a família, sem transmitir falsa confiança e tranquilidade em relação ao procedimento doloroso;
- ❖ Ajudar a criança a participar no controlo da sua dor;
- ❖ Privilegiar sempre *feedback* positivo, sem nunca utilizar expressões com as quais a criança possa sentir-se humilhada.

(OE, 2013)

Avaliação da Dor no Recém-Nascido



Avaliação da Dor no Recém-Nascido

- Difícil uma vez que o indicador mais confiável da dor, o autorrelato, não é possível
- Avaliação baseada em alterações comportamentais e fisiológicas

A maioria dos RN respondem à dor com movimentos corporais, contudo é importante lembrar que o RN pode experienciar dor sem manifestação comportamental desta (principalmente os RN de pré-termo)

(Jacob, 2014)

Avaliação da Dor no Recém-Nascido

A DGS (2010) recomenda a utilização das seguintes escalas:

- EDIN (*Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né*) – Escala utilizada para RN de pré-termo e em contexto de Cuidados Intensivos;
- NIPS (*Neonatal Infant Pain Scale*) – Escala utilizada em RN de termo e pré-termo;
- PIPP (*Premature Infant Pain Scale*) – Escala útil para a avaliação da dor em procedimentos dolorosos em RN de termo e pré-termo;
- N-PASS (*Neonatal Pain, Agitation & Sedation Scale*) – Escala utilizada em RN que se encontra sedados e sob ventilação assistida.

Descrição	
Expressão Facial	
0 – Relaxada	Face serena, expressão neutra
1 – Careta	Músculos faciais tensos, sobrancelhas, queixo e maxilares enrugados (expressão facial negativa – nariz, boca e sobrancelha)
Choro	
0 – Ausente	Sereno, não chora
1 – Choraminga	Choramingo brando, intermitente
2 – Choro Vigoroso	Gritos altos, agudos, contínuos, que vão aumentando de intensidade
Respiração	
0 – Relaxada	Padrão normal para o RN
1 – Mudança na Respiração	Inspiração irregular, mais rápida do que o normal, subocante, que impede a respiração
Braços	
0 – Relaxados/Controlados	Ausência de rigidez muscular, movimentos ocasionais e esporádicos dos braços
1 – Flexionados/Estendidos	Braços tensos, esticados e/ou extensão/flexão rígida e/ou rápida
Pernas	
0 – Relaxadas/Controladas	Ausência de rigidez muscular, movimentos ocasionais e esporádicos das pernas
1 – Flexionadas/Estendidas	Pernas tensas, esticadas e/ou extensão/flexão rígida e/ou rápida
Estado de Vigília	
0 – Dorme/Calmo	Calmo, tranquilo, a dormir ou acordado e estável
1 – Agitado	Alerta, inquieto e agitado

6 indicadores de dor

- 5 comportamentais
- 1 fisiológico

Avaliação da Dor	Intervenção
0 – 2 Pontos → Dor Ausente ou Ligeira	Nenhuma
3 – 4 Pontos → Dor Ligeira a Moderada	Intervenção Não Farmacológica. Necessidade de reavaliação 30' após o procedimento
>4 Pontos → Dor Severa	Intervenção Não Farmacológica e possivelmente Farmacológica. Reavaliar 30' após o procedimento

Estratégias Não-Farmacológicas

Particularmente no RN sujeito ao Procedimento do Teste de Guthrie – Diagnóstico Precoce



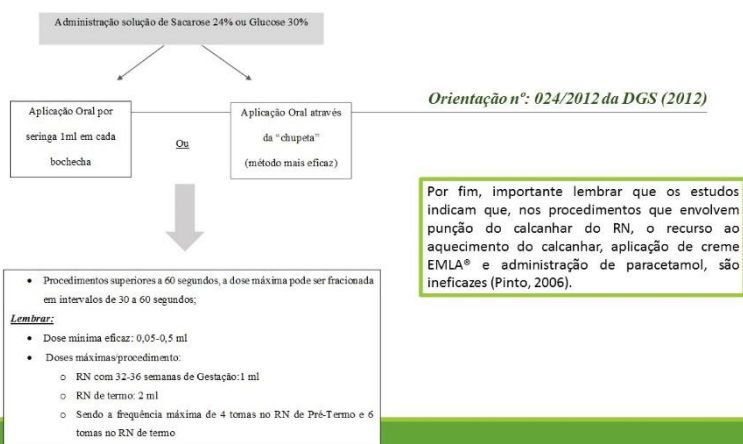
Intervenções de carácter ambiental e comportamental

- Permitir a presença dos pais;
- Proporcionar um ambiente tranquilo protegido de luz intensa e de ruído;
- Posicionar o recém-nascido de forma confortável e familiar;
- Manipular o RN o mínimo indispensável e de uma forma suave;
- Utilizar as lancetas adequadas para a punção do calcanhar do RN.

(Pinto, 2006)

Estratégias Não-Farmacológicas

- ❖ Método Canguru
- ❖ Contenção
- ❖ Sucção Não Nutritiva
- ❖ Aleitamento materno
- ❖ Sacarose a 24% ou Glucose a 30%



Avaliação da Dor do Latente até aos 18 meses



Avaliação da Dor do Latente até aos 18 meses

A experiência de dor na criança é influenciada:

- ❖ Pela idade;
- ❖ Pelo desenvolvimento;
- ❖ Pela natureza da dor;
- ❖ Pela capacidade da criança expressar essa mesma dor.

Características das respostas da criança à dor
Latente
<ul style="list-style-type: none">○ Choro vigoroso;○ Expressão facial dor ou ira;○ Tentativa de resistência física e de afastamento deliberado do estímulo após contacto (através de resposta corporal).

(Jacob, 2014)

Indicador	Descrição
Expressão Facial	0. Nenhuma expressão particular ou sorriso. 1. Caretas ou sobrancelhas franzidas de vez em quando, introversão, desinteresse. 2. Tremor frequente do queixo, mandíbulas cerradas.
Movimento dos Membros Inferiores	0. Posição normal ou relaxadas. 1. Inquietas, agitadas, tensas. 2. Aos pontapés ou esticadas.
Atividade da Criança	0. Deitado calmamente, posição normal, mexe-se facilmente. 1. Contorcendo-se, virando-se para trás e para a frente, tenso. 2. Curvado, rígido ou com movimentos bruscos.
Choro	0. Ausência de choro (acordado ou adormecido). 1. Gemidos ou choramingos; queixas ocasionais. 2. Choro persistente, gritos ou soluços; queixas frequentes.
Consolabilidade	0. Satisfeito, relaxado. 1. Tranquilizado por toques, abraços ou conversas ocasionais; pode ser distraído. 2. Difícil de consolar ou confortar.

A DGS (2010) recomenda o instrumento de avaliação comportamental da dor – FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability) para crianças menores de 4 anos ou sem capacidade para verbalizar

- É de fácil e rápida utilização (num período de 2 a 4 minutos)
- Pode ser utilizada em todas as idades pediátricas e na maior parte das situações clínicas;
- Permite a tomada de decisão segura no controlo da dor;
- Contributo para a melhoria dos cuidados.

(Batista, Reis, Costa, Carvalha, e Miguens, 2009)

Gestão da Dor do Latente até aos 18 meses

Até aos 18 meses, o latente é sujeito a, pelo menos, nove momentos de vacinação



Estratégias Não-Farmacológicas

- À semelhança do RN, a **amamentação** e a **sucção não nutritiva** apresentam-se como duas estratégias de gestão da dor no latente
- A importância da **presença dos pais** é essencial no sentido de transmitir conforto e confiança à criança, bem como a utilização de **objetos familiares** da criança



(OE, 2013; Jacob, 2014)

Estratégias Não-Farmacológicas

Distração Cognitiva e Comportamental - Estratégia cognitiva que dirija a atenção da criança para estímulos diferentes do procedimento



(Ramos, 2010; Jacob, 2014)

Estratégias Não-Farmacológicas

Relaxamento Muscular - Estratégia que visa ajudar a criança a relaxar a parte do corpo envolvida no procedimento

Antes dos 12 meses

- Administração da vacina é realizada na coxa
- A utilização desta estratégia deverá ser feita essencialmente no sentido de adoção de uma posição confortável e bem apoiada da criança nos pais (exemplo: posição vertical contra o tórax e ombro)

Após os 12 meses

- A administração é feita no deltoide
- Poderá ser possível pedir à criança para "bater palmas" e depois deixar os braços cansados e leves

(Barnes, 2010; Jacob, 2014; DGS, 2017)

Avaliação da Dor da Criança aos 5 anos



Avaliação da Dor da Criança aos 5 anos

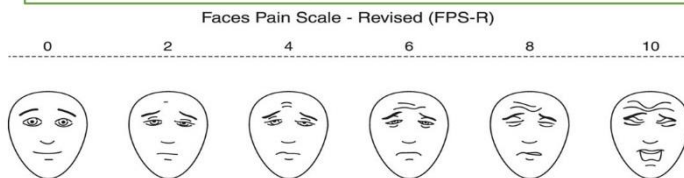
- ❖ As escalas de autoavaliação da dor permitem um registo sobre a experiência subjetiva de dor
- ❖ Para as crianças entre os 4 e os 6 anos, a DGS recomenda a utilização dos seguintes instrumentos:

- **FPS-R (Faces Pain Scale – Revised);**
- **Escala de Faces de Wong-Baker.**

(Barnes, 2010; DGS, 2010)

FPS-R (Faces Pain Scale – Revised)

A FPS-R permite que a criança escolha entre 6 faces, desde a face “neutra” até à face que corresponde à “dor elevada máxima”, por forma a identificar a que melhor representa a sua experiência de dor

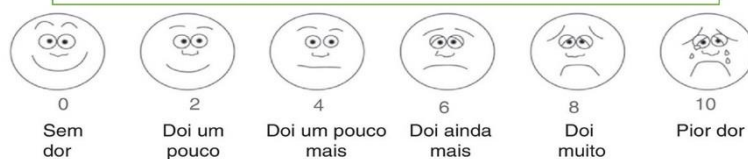


Importante lembrar que a linguagem utilizada para a explicação do instrumento à criança, deverá ser sempre adaptado ao seu desenvolvimento cognitivo

(Barros, 2010; DGS, 2010)

Escala de Faces de Wong-Baker

A Escala de Faces de Wong-Baker permite à criança escolher entre 6 faces desde a face “mais sorridente” até à “face com lágrimas”



→ É uma escala que “proporciona três escalas numa só: expressões faciais, números e palavras”

→ Há semelhança da FPS-R, a linguagem utilizada para a explicação do instrumento à criança, deverá ser sempre adaptado ao seu desenvolvimento cognitivo

(Barros, 2010; DGS, 2010)

Gestão da Dor da Criança aos 5 anos

- A dor associada a procedimentos invasivos, regra geral, é uma dor aguda breve;
- A dor associada a procedimentos invasivos simples, como é o caso da vacinação “está intimamente associada a ansiedade antecipatória”, pelo que não é possível de ser controlada com analgésicos.
- O medo e a ansiedade aumentam os sentimentos de sofrimento físico e diminuem a tolerância à dor.

Quanto maior a ansiedade maior a sensação de dor



A ansiedade potencializa a dor

(Barros, 2010)

Gestão da Dor da Criança aos 5 anos

- É importante que o profissional de saúde consiga antecipar a dor da criança, tendo em consideração os diferentes fatores de expressão da dor que podem influenciar a avaliação por parte do profissional (linguagem, etnia e fatores culturais)
- As famílias e os profissionais da equipa multidisciplinar devem estar atentos e aplicar métodos para reduzir a ansiedade antes dos procedimentos

Características das respostas da criança à dor
Crianças em idade pré-escolar
<ul style="list-style-type: none">○ Choro vigoroso;○ Gritos;○ Batimentos repentinos com os membros superiores e inferiores;○ Tentativas de afastamento do estímulo antes do contacto;○ Pouca colaboração;○ Solicitação de suporte físico nos pais ou pessoa significativa;○ Verbalização de expressões verbais como: "Ai", "Dói";○ Exigência do fim do procedimento;○ Agitação e irritabilidade; (os comportamentos nesta idade ocorrem muitas vezes de forma antecipada ao procedimento)

(Bennet et al, 2009; Howard et al, 2012)

Estratégias Não-Farmacológicas

- **Relaxamento Muscular** - Estratégia que visa ajudar a criança a relaxar a parte do corpo envolvida no procedimento:
 - A administração da vacina é feita no deltoide

↓

Pedir à criança para realizar “muita força” no braço e, de seguida, relaxar e deixar o braço leve “como o algodão”
 - **Exercícios Respiratórios** - Estratégia utilizada com o objetivo de proporcionar um ambiente divertido e, simultaneamente, um relaxamento global. A criança ao longo do procedimento terá uma atitude ativa ao invés de passiva, aprendendo a controlar a sua dor
- ↓
- Solicitar à criança que respire profundamente e consiga controlar a sua respiração: com recurso a apitos ou bolas de sabão

(DGS, 2017; Jacob, 2014; DGS, 2012; Barros, 2010)

Estratégias Não-Farmacológicas

- **Distração** - Consiste em dirigir a atenção da criança para diferentes estímulos que não o do procedimento
 - **Reforço Positivo** - Antes do procedimento conversar com a criança e explicar o comportamento que é esperado e a respetiva recompensa. Quando terminado o procedimento, elogiar a criança e atribuir prémio (s) que haviam sido acordados
- ↓
- Visionamento de filmes, clips favoritos da criança;
• Contar histórias;
• Soprar bolas de sabão.
- ↓
- Diploma Autocolante de “Bom Comportamento” (...)

(DGS, 2017; Jacob, 2014; DGS, 2012; Barros, 2010)

Estratégias Não-Farmacológicas

- **Informação/Preparação** – Antes do procedimento conversar com a criança e explicar o que “se irá passar” e que tipo de “sensações” poderá sentir, por forma a ajudá-la a formar uma expectativa realista
- **Modelação** – Antes do procedimento, sempre que possível, deixar a criança observar um adulto a uma simulação do procedimento e a utilizar estratégias de *coping*, ou até mesmo utilizar um boneco para servir de exemplo na demonstração do procedimento

Pode incluir a manipulação de alguns materiais

(importante lembrar que cabe ao enfermeiro avaliar o tempo de preparação e o tipo de informação que é fornecida, por forma a estar adaptado ao estágio de desenvolvimento da criança)

(JGGS, 2012; Barma, 2010)

Estratégias Não-Farmacológicas

- **Imaginação Guiada** – Esta estratégia consiste em pedir à criança que se concentre numa imagem (mental) a qual goste muito e que tente imaginar a sua forma, cor, cheiro, sabor, etc.
- **Imagética** – Esta estratégia entra no campo da imaginação emotiva e consiste em perguntar à criança, a título de exemplo, qual o seu Super-Herói favorito.



Descentralizar a criança do procedimento doloroso, concentrando em imagens contrárias “ao cenário” de dor



A partir dessa personagem irá ser construída uma história em que o Super-Herói irá ajudar a criança no procedimento a que esta irá ser sujeita (neste caso: a Vacinação)

(JGGS, 2012; Barma, 2010)

Estratégias Não-Farmacológicas

- **Autoinstrução Positiva** – A criança é orientada para, no decorrer do procedimento, repetir frases curtas e positivas de autoincentivo



Por exemplo: “sou corajosa e vou comportar-me muito bem!”)

Esta estratégia engloba também a estratégia de distração e de reforço positivo

(Bennet et al, 2009; Howanil et al, 2012)

Avaliação da Dor do Adolescente aos 10 anos



Avaliação da Dor do Adolescente aos 10 anos

A partir dos 6 anos de idade, a DGS recomenda, para além da **FPS-R** e da **Escala de Faces de Wong-Baker** a utilização dos seguintes instrumentos de avaliação da dor da criança:

❖ **EVA (Escala Visual Analógica);**

❖ **EN (Escala Numérica).**

(DGS, 2010)

EVA (Escala Visual Analógica)

A EVA pode ser utilizada em linha horizontal ou vertical

- A linha é desenhada com um determinado comprimento (aconselha-se 10 cm)
- São marcados itens de representação da dor extrema que está a ser avaliada



Deverá então ser solicitado à criança que marque um ponto da linha por forma a localizar a sua dor.

Com uma régua, mede-se desde o ponto 0 “sem dor” até ao ponto marcado pela criança

É esse o valor da sua dor

(Jacob, 2014)

EN (Escala Numérica)

Linha reta com as extremidades identificadas (como por exemplo: “sem dor” e “pior dor”) e, por vezes, identificada a meio com “dor moderada”.

- Ao longo da linha as divisões são marcadas em unidades de 0 a 10 (podendo o valor máximo variar)
- Deverá ser explicado à criança que numa extremidade da linha está o número 0 que significa que a pessoa “não tem dor” e na outra extremidade está o 5 ou o 10, que significa que a pessoa tem a pior dor que pode imaginar



Pedir à criança que escolha o número que melhor descreve a sua dor

É esse o valor da sua dor

(Jacob, 2014)

Gestão da Dor do Adolescente aos 10 anos

Há medida que a criança vai crescendo e desenvolvendo-se, a sua expressão da dor e da ansiedade, bem como a sua compreensão e interpretação dessa mesma dor, altera-se



As estratégias que utiliza para gerir a sua dor são potencialmente mais eficazes

É então possível integrar estratégias mais sofisticadas e mais exigentes no que concerne à participação da criança

(Barnes, 2010)

Estratégias Não-Farmacológicas

- **Humor** - Estratégia de comunicação com a criança que proporciona alívio de tensão e promove a diminuição das preocupações



Relações mais próximas e de maior confiança

- **“Parar o Pensamento”** – Consiste em identificar pontos positivos sobre o procedimento (**Exemplo: “É uma vacina que me vai ajudar a não ter tantas doenças e vai ser rápido e quase nem vou dar conta”**), bem como em identificar informação que tranquilize (**Exemplo: “Se eu tentar imaginar que não estou nesta sala e neste lugar, talvez não doa tanto”**).



Pedir à criança para pensar em todos os fatores positivos e tranquilizantes identificados, memorizando-os para que durante o procedimento consiga repeti-los de forma sucessiva

(CE, 2013; Jacob, 2014)

APLICAÇÃO DE CREME EMLA®

O creme EMLA® é constituído por uma mistura de anestésicos tópicos: lidocaína (2,5%) e prilocaína (2,5%)



Permite a redução da dor aquando da vacinação intramuscular e subcutânea

- *Segurança e eficácia comprovada antes da vacinação em crianças*
- *A possibilidade de efeitos do EMLA® na resposta imunitária do organismo aquando da imunização com vacinas vivas já havia sido estudada não havendo qualquer evidência de interações*

(Abuelkheir, Akoum, Al-Faydy, Temsal, Mo e Akamil, 2014; Taddio, Appleton, Bortolussi, et al., 2010)

APLICAÇÃO DE CREME EMLA®

A DGS recomenda a utilização de EMLA® na seguinte dosagem:

Creme sob penso oclusivo:

0-3 M: 0,5g (Máx: 1g/dia)
4-12 M: 0,5g (Máx: 2g/dia)
1-6 A: 1-2g (Máx: 10g/dia)
7-11 A: 1-2g (Máx: 20g/dia)
>12 A: 2-3g (Máx: 50g/dia)

Penso impregnado

Não é feita referência pela DGS relativamente à possibilidade de aplicação aquando da vacinação

(DGS, 2012)

APLICAÇÃO DE CREME EMLA®

- O creme EMLA® tem início de atuação ao fim de 60 minutos, sendo o pico de ação aos 120 minutos, com a duração total de atuação de 4 horas
- Elevado custo de preço, podendo não estar acessível a todas as famílias

(DGS, 2012)

Referências Bibliográficas

- Aboukheir, M., Alsourani D., Al-Eyadhy, A., Temsah, M., Meo, S e Fahad, A., (2014). EMLA-cream: A pain-relieving strategy for childhood vaccination. *Journal of International Medical Research*, 42(2), 329-336.
- Antunes, J., Nascimento, M. (2013). A sucção não nutritiva do recém-nascido prematuro como uma tecnologia de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(5), 663-667.
- Barros, L. (2010). A dor pediátrica associada a procedimentos médicos: contributos da psicologia pediátrica. *Temas em Psicologia*, 18 (2), 295-306.
- Batalha, L., Santos, L., Guimarães, H. (2003) Avaliação de dor e desconforto no recém-nascido. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 34 (3), 159-163.
- Batalha, L., Reis, G., Costa, L., Carvalho, M., Miguens, A. (2009). Adaptação cultural e validação da reprodutibilidade da versão Portuguesa da escala de dor Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC) em crianças. *Revista Referência*, 10, 7-14.
- Bennet M., Carter B., Dooley F., et al. (2009). *The Recognition and Assessment of Acute Pain in Children*. Londres: Royal College of Nursing.
- Direção-Geral da Saúde. (2003). Circular Normativa nº 9/DGCG de 14/6/2003: A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. *Direção-Geral da Saúde*. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrices-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-p-9dgcg-de-14062003.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2010). Orientação nº 014/2010 de 14/12/2010. Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. *Direção-Geral da Saúde*. Obtido de <https://www.dgs.pt/7cp6311&qr=16&cosliten=200>
- Direção-Geral da Saúde. (2012). Orientação nº 022/2012 de 18/12/2012: Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos). *Direção-Geral da Saúde*. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrices-da-dgs/orientacoes-e-avaliacoes-informativas/orientacao-p-0222012-de-18122012.aspx>

Referências Bibliográficas

- Direção-Geral da Saúde. (2017). Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor. *Direção-Geral da Saúde*. Obtido de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-prevencao-e-controlo-da-dor.aspx>
- Howard R., Carter B., Curry J. (2012). Good practice in postoperative and procedural pain management. *Pediatric Anaesthesia*, 2, 1-7.
- Instituto de Apoio à Criança. (2006). *A dor na criança, atendimento de crianças e jovens nos centros de saúde*. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.
- Jacob, E. (2014). Apreciação e Gestão da Dor na Criança. Em M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds.), *N Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., pp. 188-237). Loures, Portugal: Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Guia Orientador de Boas Práticas DOR* (C. OE, Ed.). (Vol. 1). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Cadernos OE, série I, n.º6. S.l.: Ordem dos Enfermeiros. Obtido de <https://www.ordemdenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). CIPÉ® Versão 2015 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Versão Portuguesa. Obtido de <https://www.floppack.com/ordemdenfermeiros/cadernos-cipe-2015.html>
- Pinto, F. (2006). A dor do recém-nascido em cuidados primários. Em Instituto de Apoio à Criança, *A dor na criança, atendimento de crianças e jovens nos centros de saúde* (pp. 117-124) Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.
- Taddio, A., Appleton, M., Bortolussi R., et al. (2010). Reducing the pain of childhood vaccination: an evidence-based clinical practice guideline. *Canadian Medical Association Journal*, 182, 843-855.

Obrigada



Apêndice VI – Plataforma de *Guidelines* de Orientação em Saúde Infantil



PLATAFORMA DE GUIDELINES DE ORIENTAÇÃO EM SAÚDE INFANTIL

Autora:

Marta Alexandra dos Santos Damião

(9º Curso de Mestrado na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria)

Enfª Orientadora: M. A.

Enfª Co-Orientadoras: I. G.e L.S.

Professora Orientadora: Professora Doutora Maria da Graça Vinagre da Graça

Outubro, 2018

SIGLAS

DGS – Direção-Geral da Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

ÍNDICE

	Pág.
Nota Introdutória	4
1. Organização da Plataforma.....	5
Alimentação.....	5
Anafilaxia	5
Asma.....	5
Atividade Física.....	5
Audição.....	5
Comunicação	5
Diabetes	5
Doenças Hereditárias do Metabolismo.....	6
Dor.....	6
Febre	6
Geral	6
Hemofilia.....	6
Incontinência Urinária	6
Intoxicação Alcoólica.....	6
Maus-Tratos.....	7
NACJR	7
Oncologia	7
Ostomias de Alimentação.....	7
Ostomias de Eliminação Intestinal	7
Ostomias de Eliminação Urinária.....	7
Ostomias Respiratórias	7
Parasitoses	7
Prevenção de Acidentes.....	7
Queimaduras	8
Saúde Escolar	8
Saúde Oral	8
Saúde Visual	9
Segurança.....	9
Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI)	9
Vacinação	9
Referências Bibliográficas.....	10

Nota Introdutória

Com o objetivo de melhorar a acessibilidade dos enfermeiros do ACES às diferentes *guidelines* existentes em Saúde Infantil, foi dado início à construção da “Plataforma de *Guidelines* de Orientação em Saúde Infantil” que integra uma coletânea de normas, orientações e documentos de apoio na área de Saúde Infantil, direcionados para os Cuidados de Saúde Primários. A Plataforma permite assim o acesso a informação atualizada, bem como a partilha de documentação entre os enfermeiros do ACES.

A Plataforma surge inicialmente no contexto do desenvolvimento da Competência de Enfermeiro Especialista “B1 – Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica” (OE, 2019, p.4747) do autor, nomeadamente na Unidade de Competência “B1.1 – Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhora contínua da qualidade” (OE, 2019, p.4747), bem como na Competência “B2 – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” (OE, 2019, p.4747).

Foi realizada uma pesquisa inicial pelo autor, seguindo-se, como sugestão, a atualização semestral (ou sempre que se justifique) pelas Enfermeiras Especialistas de Saúde Infantil e Pediátrica do ACES.

A Plataforma está organizada por ordem alfabética para facilitar a pesquisa, estando a sua organização explicitada no capítulo 1 – “Organização da Plataforma”. A plataforma estará disponível para todos os enfermeiros, cabendo às Enfermeiras Especialistas de Saúde Infantil e Pediátrica do ACES, a divulgação das alterações realizadas ao longo da constante atualização da Plataforma.

O Grupo fica recetivo a alterações/sugestões de melhoria da Plataforma, podendo o utilizador realizar a sua sugestão para o *e-mail* a definir após aprovação do presente documento.

A Plataforma surge assim como um útil instrumento de trabalho, na medida em que permite a promoção contínua da qualidade de cuidados, estando as intervenções de enfermagem suportadas pela prática baseada na evidência científica, bem como nas orientações e normas regulamentadas pela Direcção-Geral da Saúde (DGS). A autora e as Enfermeiras Especialistas em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica ambicionam também com a presente Plataforma, atingir a excelência na arte do cuidar.

1. Organização da Plataforma

Alimentação

- Alimentação e nutrição do lactente Acta Pediátrica Portuguesa 2012
- Alimentação na Doença Celíaca Coleção de E-books APN | Nº34 maio 2014
- Educação Alimentar em Meio Escolar_2006
- Hidratação Adequada em Meio Escolar setembro de 2014
- Manual Alergia Alimentar 2012 DGS
- Manual de Alimentação Vegetariana em Idade Escolar 2016
- Manual de Planeamento de Refeições Vegetarianas para Crianças 2016
- Manual para uma Alimentação Saudável em Jardins de Infância _ 2003
- Orientações para Buffets Escolares_2012 DGS
- Princípios para Alimentação Saudável_2015 DGS
- Relatório do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável 2017

Anafilaxia

- Norma nº004.2012 de 16.12.2012 atualizada a 18.12.2014 Anafilaxia: Registo e Encaminhamento
- Norma nº014.2012 de 16/12/2012 atualizada a 18.12.2014 Anafilaxia; Abordagem Clínica

Asma

- Orientação nº 011.2017 de 26.06.2017 Asma - descrição, diagnóstico diferencial, comorbilidades e codificação
- Orientação nº 010.2017 de 26.06.2017 Ensino e Avaliação da Técnica Inalatória na Asma
- Norma nº 006.2018 de 26.02.2018 Monitorização e Tratamento para o Controlo da Asma na Criança, no Adolescente e no Adulto. Plano de Ação
- Norma nº 012.2018 de 12.06.2018 Processo Assistencial Integrado da Asma na Criança e no Adulto (a presente Norma revoga a Norma nº 009.2017, de 05.07.2017) Versão resumida para uso clínico

Atividade Física

- Physical activity guidelines advisory committee scientific report, 2018
- Estratégia Nacional Para a Promoção da Atividade Física, da Saúde e do Bem-Estar, 2016-2025
- Global Action Plan on Physical Activity 2018-2030 - OMS, 2018
- Integrating diet, physical activity and weight management services into primary care – OMS 2016
- Programa nacional de desporto para todos – IPDJ 2016

Audição

- Norma nº 018.2015 de 11.12.2015 atualizada a 14.07.2017 Rastreio e Tratamento da Surdez com Implantes Cocleares em Idade Pediátrica

Comunicação

- Norma nº 001.2017 de 08.02.2017 Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde

Diabetes

- Orientação Conjunta nº 006.2016 de 23.11.2016 Orientação Conjunta da Direção-Geral da Saúde e da Direção-Geral da Educação sobre Crianças e Jovens com Diabetes *Mellitus* Tipo 1 na Escola.

- Orientação nº 003.2012 de 18.01.2012 Programa Nacional para a Diabetes e Programa Nacional de Saúde Escolar
- Plano de Saúde Individual (PSI) para crianças e jovens com Diabetes *Mellitus* Tipo 1

Doenças Hereditárias do Metabolismo

- Norma nº 012.2017 de 12.07.2017 Abordagem Diagnóstica e Critérios de Referenciação de Doenças Hereditárias do Metabolismo em Idade Pediátrica e no Adulto

Dor

- Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Dor
- Orientação nº 014.2010 de 14.12.2010 Orientações Técnicas sobre a Avaliação da Dor na Criança
- Orientação nº 022.2012 de 18.12.2012 Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)
- Orientação nº 023.2012 de 18.12.2012 Orientações técnicas sobre o controlo da dor nas crianças com doença oncológica
- Orientação nº 024.2012 de 18.12.2012 Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias)

Febre

- Norma nº 014.2018 de 03.08.2018 Processo Assistencial Integrado da Febre de Curta Duração em Idade Pediátrica
- Orientação nº 005.2018 de 03.08.2018 Febre na Criança e no Adolescente - Cuidados e Registos de Enfermagem: Avaliação Inicial, Diagnósticos, Intervenções
- Orientação nº 004.2018 de 03.08.2018 Febre na Criança e no Adolescente – Definição, Medição e Ensino aos Familiares Cuidadores
- Norma nº 014.2018 de 03.08.2018 Processo Assistencial Integrado da Febre de Curta Duração em Idade Pediátrica Folheto informativo para pais e educadores Versão resumida para uso clínico

Geral

- Norma nº 010.2013 de 31.05.2013 - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil
- Plano Nacional de Saúde 2012 - 2016 3.3 Eixo Estratégico - Qualidade em Saúde

Hemofilia

- Norma nº 023.2015 de 18.12.2015 Componentes do Plano Terapêutico para a Hemofilia A e Hemofilia B na Pediatria em Ambulatório

Incontinência Urinária

- Norma nº 013.2016 de 28.10.2016 atualizada a 03.03.2017 Regras de Prescrição de Dispositivos Médicos na Retenção/Incontinência em Idade Pediátrica e no Adulto

Intoxicação Alcoólica

- Norma nº 035.2012 de 30.12.2012 atualizada a 17.07.2017 Abordagem da Intoxicação Alcoólica Aguda em Adolescentes e Jovens

Maus-Tratos

- European status report on preventing child maltreatment 2018
NACJR
 - Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco: Documento Técnico – 20 de novembro de 2008
 - Ficha de Sinalização para os Cuidados de Saúde Primários, Serviços de Internamento e Consultas Externas Hospitalares de 2012.11.26
 - Maus Tratos em Crianças e Jovens - Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção – fevereiro 2011
 - Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco - O presente documento, que mereceu a concordância do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, visa clarificar alguns aspetos relacionados com o contexto e as condições de intervenção dos Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR) e das Equipas de Prevenção da Violência em Adultos (EPVA), criados pelos Despachos n.ºs 31292/2008, de 5 de Dezembro e 6378/2013, de 16 de Maio.
 - Protocolo entre Ministério da Saúde, Ministério da Justiça e Comissão Nacional de Proteção de Crianças e Jovens em Risco (março 2011)
 - Violência Interpessoal - Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde - Manual Prático

Oncologia

- Norma n.º 014.2017 de 13.07.2017 Abordagem Diagnóstica e Critérios de Referenciação de Cancro em Idade Pediátrica

Ostomias de Alimentação

- Norma n.º 014.2016 de 28.10.2016 atualizada a 03.03.2017 Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias de Alimentação em Idade Pediátrica e no Adulto

Ostomias de Eliminação Intestinal

- Norma n.º 015.2016 de 28.10.2016 atualizada a 03.03.2017 Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias de Eliminação Intestinal em Idade Pediátrica e no Adulto

Ostomias de Eliminação Urinária

- Norma n.º 012.2016 de 28.10.2016 atualizada a 03.03.2017 Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias de Eliminação Urinária em Idade Pediátrica e no Adulto

Ostomias Respiratórias

- Norma n.º 011.2016 de 28.10.2016 atualizada a 03.03.2017 Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias Respiratórias em Idade Pediátrica e no Adulto

Parasitoses

- Norma n.º 006.2017 de 12.06.2017 Abordagem Diagnóstica e Terapêutica das Parasitoses em Idade Pediátrica

Prevenção de Acidentes

- Relatório Mundial sobre Prevenção de Acidentes nas Crianças - As Crianças e os afogamentos
- Relatório Mundial sobre Prevenção de Acidentes nas Crianças - As Crianças e as Quedas
- Relatório Mundial sobre Prevenção de Acidentes nas Crianças - As Crianças e as Queimaduras
- Relatório Mundial sobre Prevenção de Acidentes nas Crianças - As Crianças e as Intoxicações
- Relatório Mundial sobre Prevenção de Acidentes nas Crianças - Recomendações para a prevenção dos acidentes com crianças
- Relatório Mundial World report on child injury prevention de 2008
- Resolução A64. 25 – Youth and Health Risks de 28 de abril de 2011
- Resolução A64.23 – Child Injury Prevention de 11 de março de 2011

Queimaduras

- Norma nº 022.2012 de 26.12.2012 atualizada a 13.07.2017 Abordagem Hospitalar das Queimaduras em Idade Pediátrica e no Adulto
- Norma nº 023.2012 de 26.12.2012 atualizada a 13.07.2017 Abordagem Pré-hospitalar das Queimaduras em Idade Pediátrica e no Adulto
- Norma nº 024.2012 de 27.12.2012 atualizada a 06.10.2015 Abordagem Organizacional do Tratamento de Queimaduras

Saúde Escolar

- WHO/Europe (2006), What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach? Health Evidence Network: Evidence For Decision-Makers.
- Educação Alimentar em Meio Escolar_2006
- Orientações para Buffets Escolares_2012
- Hidratação Adequada em Meio Escolar_setembro de 2014
- Suhrcke, Marc; Nieves, Carmen de Paz (2011), The impact of health and health behaviours on educational outcomes in high-income countries: a review of the evidence. WHO_Europe.
- **Circular Normativa nº 07.DSE de 29.06.2006 Programa Nacional de Saúde Escolar**
- Norma nº 015/2015 de 12/08/2015 Programa Nacional de Saúde Escolar 2015
 - Anexos em formato editável para preenchimento
 - **Anexo 1.2 - Metodologia Ficha de Projeto**
 - **Anexo 1.3 - Metodologia Diagnóstico Rápido**
 - **Anexo 3 - Riscos do Ambiente Escolar para a Saúde - versão on-line**
 - **Anexo 4 - Monitorização dos Acidentes - versão on-line**
 - **Anexo 5.A - Referenciação Saúde Infantil Saúde Escolar - versão on-line**
 - **Anexo 6.A - Matriz dos Indicadores**
 - **Anexo 6.B - Mapa Anual de Avaliação**
- Orientação nº 008.2010 de 14.10.2010 Programa Nacional de Saúde Escolar Implementação nos agrupamentos de centros de saúde
- Orientação nº 003.2012 de 18.01.2012 Programa Nacional para a Diabetes e Programa Nacional de Saúde Escolar
- Orientação nº 002.2012 de 18.01.2012 Programa Nacional de Saúde Escolar - Administração de medicamentos a alunos nos estabelecimentos de educação e ensino

Saúde Oral

- Despacho n.º 8591-B.2016 Alargamento do Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral aos jovens com 18 anos
- Norma da DGS nº 009.2013 de 17 de maio de 2013. Saúde Oral em Idade Escolar – Nova estratégia de intervenção do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral
- Norma da DGS nº 4. 2016, de 1 de março de 2016 Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral - Pessoas com infeção por VIH/SIDA
- Norma da DGS nº 8.2016, de 1 de setembro de 2016 Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral - Experiência Piloto Medicina Dentária nos Centros de Saúde
- Norma da DGS nº 3.2016, de 1 de março de 2016 Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral - Jovens da coorte dos 18 anos
- Orientação nº 007.2011 de 25.03.2011 Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral - Plano B

Saúde Visual

- Norma nº015.2018 de 05.09.2018 Rastreio Saúde Visual Infantil

Segurança

- Orientação nº001.2010 de 16.09.2010 Transporte de Crianças em Automóvel desde a alta da maternidade
- Norma nº 003.2015 de 11.03.2015 atualizada a 06.02.2017 Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários

Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPi)

- Código de Ética do Profissional de IP
- Critérios de Elegibilidade
- Ficha de Referenciação da Criança
- Ficha de Referenciação que se encontra disponível nos sistemas de informação do Ministério da Saúde
- Núcleos de Supervisão Técnica
- Organização
- Rede de Serviços

Vacinação

- Esquema Vacinal Recomendado 2017
- Programa Nacional de Vacinação 2017
- ACSS Manual de formação contínua Domínio da vacinação - 2012
- Norma n.º 001.2016 de 12.02.2016 - Vacinação de crianças (<6 anos de idade) pertencentes a grupos de risco para a tuberculose com a vacina BCG
- Norma nº 006.2016 de 29.06.2016 - Estratégia de vacinação contra a tuberculose com a vacina BCG
- Norma nº 007.2016 de 09.08.2016 - Vacinação contra Neisseria meningitidis do grupo B de grupos com risco acrescido para doença invasiva meningocócica (DIM)
- Séries DGS Ano 1 Nº 1 fevereiro 2017 Atualização do Programa Nacional de Vacinação PNV 2017
- Orientação nº 006.2017 de 19.04.2017 atualizada 06.07.2017 Sarampo - Informações à Comunidade Educativa
- Norma nº 016.2016 de 16.12.2016 atualizada a 31.07.2017 Atualizada a Norma nº 16.2016 que publicou o Programa Nacional de Vacinação 2017, clarificando alguns pontos e esclarecendo questões relevantes colocadas por profissionais de saúde (lista de conteúdos revistos na pág. 6).
- Orientação nº 023.2017 de 07.12.2017 Rede de frio das vacinas
- Norma nº 020.2017 de 25.09.2017 atualizada a 31.03.2018 - Cronograma anual para aquisição centralizada de vacinas e tuberculinas
- Norma nº 010.2018 de 17.04.2018 - Identificação de crianças de risco para vacinação com a vacina BCG
- Boletim do Programa Nacional de Vacinação (nova série) Nº 1 - maio de 2018

Referências Bibliográficas

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento nº 26/2019 de 6 de fevereiro (2019) Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República II Série*, nº 26 (06-02-2019) 4744-4750.

Apêndice VII – Poster: “O Método Canguru”

O Método Canguru

Na década de 70 o pediatra colombiano, Edgar Rey, desenvolveu o Método Canguru com o objetivo de encontrar uma solução para a falta de incubadoras, altas taxas de infeção e abandono dos recém-nascidos de pré-termo.

Este Método consiste na colocação do recém-nascido na posição vertical e sobre o peito em contacto direto, pele com pele, com a sua mãe/pai no tempo máximo que ambos entendem ser confortável e suficiente. Deve ser realizado de uma forma orientada, segura e acompanhada pela equipa de enfermagem capacitada.

O Método tem sido amplamente estudado, revelando-se como um excelente processo que traz inúmeros benefícios para o bebé e para a sua família.

Benefícios para o bebé

- Diminuição da mortalidade e morbilidade neonatal;
- Manutenção adequada da temperatura corporal;
- Contribuição para a redução do risco de infeção;
- Manutenção da estabilidade hemodinâmica;
- Favorecimento ao RN de uma estimulação sensorial protetora em relação ao seu desenvolvimento integral;
- Organização comportamental;
- Aumento do ganho ponderal (peso);
- Diminuição dos sinais de dor e de stress;
- Desenvolvimento do vínculo bebé-pais;
- Diminuição do tempo de internamento.

Benefícios para os pais

- Redução do tempo de separação mãe/pai—filho;
- Facilitação do desenvolvimento do vínculo bebé-pais;
- Aumento da confiança e competência parental, inclusive após a alta;
- Estimulação do aleitamento materno e aumento da taxa de sucesso de amamentação;
- Participação no controlo do desconforto do bebé;
- Aquisição de mais conhecimentos das características do seu bebé.



Referências Bibliográficas

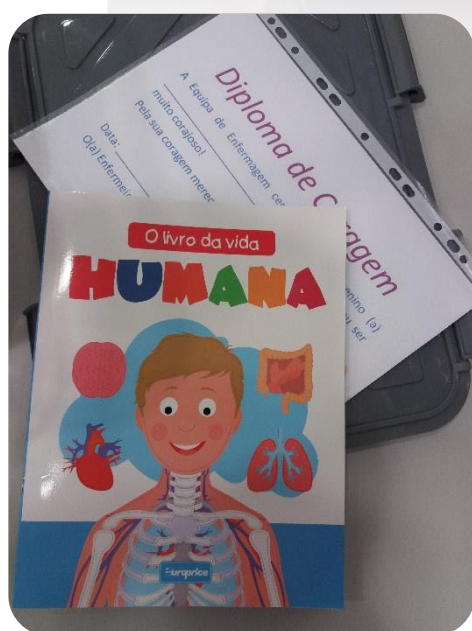
Direcção-Geral da Saúde. (2012). Orientação nº 022/2012 de 18/12/2012: Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos). Direcção-Geral da Saúde. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0222012-de-18122012.aspx>

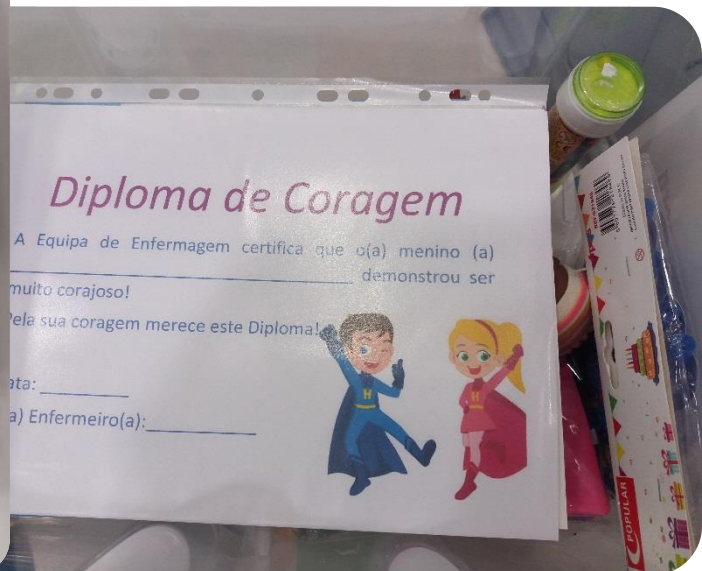
Hall, R.W & Anand, KJ. (2016). Pain management in newborns. *Clin Perinatol*, 41 (4), 895-924. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4254489/>.

WHO (2012) Born too soon: The Global Action Report on Preterm Birth. Disponível em: http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_born_too_soon-report.pdf

Apêndice VIII – Kit de Preparação para a Punção

Kit “Preparação para a Punção”





Apêndice IX – Manual de Apoio à Utilização do Kit “Preparação para a Punção”



MANUAL DE APOIO À UTILIZAÇÃO DO KIT “PREPARAÇÃO PARA A PUNÇÃO”

Autora:

Marta Alexandra dos Santos Damião

(9º Curso de Mestrado na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria)

Enf^a Orientadora: A.R.M. (Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica)

Enf^a Co-Orientador: R.F. (Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica)

Professora Orientadora: Professora Doutora Maria da Graça Vinagre da Graça

Dezembro, 2018

SIGLAS

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção-Geral da Saúde

EDIN - *Échelle de Douleur et d’Inconfort du Nouveau-Né*

EVA - Escala Visual Analógica

FPS –R - *Faces Pain Scale – Revised*

FLACC - *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability*

NIPS - *Neonatal Infant Pain Scale*

N-PASS - *Neonatal Pain, Agitation & Sedation Scale*

OE – Ordem dos Enfermeiros

PIPP - *Premature Infant Pain Scale*

RN – Recém-Nascido

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO.....	4
1. Dor e <i>Stress</i> no Utente Pediátrico.....	5
2. Manifestações de Dor e <i>Stress</i> no Utente Pediátrico.....	8
3. Escalas de Avaliação da Dor no Utente Pediátrico	9
4. Estratégias Não-Farmacológicas no Controlo da Dor e <i>Stress</i> do Utente Pediátrico na Preparação e Realização de Punção Venosa Periférica	11
5. Estratégias Farmacológicas para o Controlo da Dor do Utente Pediátrico aquando do Procedimento de Punção Venosa Periférica.....	16
5.1. Administração de Sacarose a 24% ou Glucose a 30%	16
5.2. Aplicação de Anestésicos Tópicos Locais.....	17
5.2.1. Creme EMLA ®	17
5.2.2. Cloreto de Etílio	17
5.2.3. Lidocaína a 10 % em <i>spray</i> e Lidocaína em Gel e Creme	18
6. O Kit “Preparação para a Punção”	19
CONCLUSÃO.....	20
Referências Bibliográficas.....	21

ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1 – Características das repostas da criança e adolescente à dor e ao <i>stress</i> (Adaptado de Barros, 2003; OE, 2011; Jacob, 2014)	9
Quadro 2 – Estratégias Não-Farmacológicas de Controlo da Dor e do <i>Stress</i> na Criança e no Adolescente (Adaptado de Barros, 2010; DGS, 2012; OE, 2013; Jacob, 2014).....	15
Quadro 3 – Orientação de Utilização de Sacarose 24% em RN (Adaptado de DGS, 2012)....	16

INTRODUÇÃO

A hospitalização constitui, para a maioria das crianças e famílias, momentos de *stress* e de ansiedade, contudo sabe-se que é possível diminuir os efeitos negativos dessa mesma hospitalização e até mesmo potencializar os seus aspetos mais enriquecedores. Uma experiência hospitalar positiva permite uma melhor preparação para situações semelhantes futuras (Barros, 2003; Ordem dos Enfermeiros [OE], 2013).

A ansiedade que advém do processo de hospitalização poderá ser entendida como uma consequência desta bem como a causa dos obstáculos dessa mesma hospitalização potencializando o seu prolongamento. Esta ansiedade associada à hospitalização poderá estar relacionada com a própria doença bem como com os procedimentos a que a criança e adolescente estão sujeitos (Barros, 2003).

As crianças e adolescentes hospitalizados estão sujeitos a procedimentos invasivos como é o exemplo da punção venosa periférica. Este procedimento é descrito como o procedimento de enfermagem mais stressante e ameaçador. Deste modo é importante a adoção de estratégias que permitam uma favorável gestão da dor e do *stress* inerentes ao procedimento de punção venosa (Birnie, Noel, Chambers, Uman & Parker, 2018).

Neste sentido surge o presente Manual de Apoio à Utilização do Kit “Preparação para a Punção” com os objetivos de abordar a importância da utilização de Estratégias Farmacológicas e Não farmacológicas no Controlo da Dor e *Stress* na criança aquando da punção venosa periférica; abordar a utilidade do material disponível no Kit “Preparação para a Punção”; dar resposta às necessidades sentidas pela equipa de enfermagem, bem como promover cuidados com vista à melhoria das práticas na abordagem ao *stress* e dor do utente pediátrico.

1. Dor e *Stress* no Utente Pediátrico

A dor define-se como uma experiência multidimensional desagradável que envolve fatores fisiológicos, sensoriais, afetivos, cognitivos, comportamentais e socioculturais da pessoa que a sofre, sendo por isso individual e subjetiva. Associa-se, ou é descrita como associada, a uma lesão tecidual concreta ou potencial (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2003; OE, 2008).

Em 2003 a DGS instituiu a Dor como o 5º Sinal Vital, reconhecendo o seu controlo como um direito dos utentes e um dever dos profissionais de saúde, representando assim um passo fundamental para a humanização dos serviços de saúde (DGS, 2003). Não é possível atribuir à dor qualquer vantagem biológica, pelo contrário, uma dor não controlada pode motivar alterações orgânicas, comorbilidades, redução da qualidade de vida e perpetuação da dor. Assim, é importante a contínua formação dos profissionais de saúde no sentido de prevenir e controlar a dor do utente, melhorando a sua qualidade de vida e capacidade funcional (DGS, 2017).

De acordo com a CIPE® (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) o foco Dor é definido como:

perceção comprometida: aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tônus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da perceção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite. (OE, 2016, p.54).

Embora tenha havido nos últimos anos uma grande evolução no que concerne à avaliação e gestão da dor nas crianças, a avaliação da dor pediátrica continua a ser bastante complexa e desafiadora, estando a capacidade de autoavaliação da dor em constante mudança há medida que a criança vai crescendo e desenvolvendo a linguagem e a maturidade cognitiva (Jacob, 2014).

Ao abordar a dor pediátrica, é importante considerar as orientações gerais da DGS que visam a boa prática na avaliação da dor pediátrica:

- i) Acreditar sempre na criança que refere dor;
- j) Privilegiar a autoavaliação a partir dos 3 anos, sempre que possível;
- k) Dar tempo à criança para expressar a sua dor;
- l) Ter sempre presente o comportamento habitual da criança ou de uma criança sem dor da mesma idade;
- m) Dialogar com a criança (a partir dos 3 anos) /pais/cuidador principal, observar a criança e utilizar um instrumento de avaliação da dor;
- n) Realizar a história de dor na admissão da criança (...) na primeira consulta;
- o) Manter o mesmo instrumento em todas as avaliações da mesma criança (...);
- p) Utilizar de forma rigorosa as instruções metodológicas específicas de cada instrumento.

(DGS, 2010, p.1)

A OE (2013) sugere ainda alguns princípios que garantam os direitos das crianças como:

- Ter sempre presente a idade e o nível de desenvolvimento cognitivo da criança, fornecendo informação à criança ajustada ao seu estágio de desenvolvimento;
- Negociar a presença do pai/mãe ou da pessoa significativa para a criança;
- Facilitar a segurança e proteção pelos pais, permitindo que estes decidam qual o tipo de colaboração que pretendem dar;
- Sempre que possível, assegurar que os procedimentos sejam executados pelo enfermeiro de referência uma vez que, em princípio, já estará estabelecida uma relação de confiança;
- Nunca usar procedimentos de Enfermagem como ameaça;
- Ser honesto com a criança e com a família, sem transmitir falsa confiança e tranquilidade em relação ao procedimento doloroso (como por exemplo dizer que “não vai doer nada”);
- Ajudar a criança a participar no controlo da sua dor, dando-lhe algum controlo sobre o tratamento;
- Privilegiar sempre *feedback* positivo, sem nunca utilizar expressões com as quais a criança possa sentir-se humilhada (como por exemplo dizer que “pareces um bebé a chorar”).

De acordo com Barros (2010), a dor associada a procedimentos invasivos, regra geral, é uma dor aguda breve, uma vez que termina quando o procedimento acaba. Ainda de acordo com a autora, a dor associada a procedimentos invasivos simples “está intimamente associada a ansiedade antecipatória” (Barros, 2010, p. 286).

O medo e a ansiedade aumentam os sentimentos de sofrimento físico e diminuem a tolerância à dor. Assim, quanto maior a ansiedade maior a sensação de dor, pelo que é possível afirmar que a ansiedade potencializa a dor (Barros, 2010; DGS, 2012).

Neste sentido é importante lembrar que “as experiências de dor, de doença e do seu tratamento implicam muitas vezes um grau elevado de *stress*” (Barros, 2003, p. 61) nas crianças, contudo é possível que sejam criadas estratégias que permitam que as crianças e adolescentes consigam controlar esse mesmo *stress* (Barros, 2003).

De acordo com a CIPE® o foco Stress (Status: comprometido) é definido como:

sentimento de estar sob pressão e ansiedade ao ponto de ser incapaz de funcionar de forma adequada física e mentalmente; sentimento de desconforto; associado a experiências desagradáveis; associado à dor; sentimento de estar física e mentalmente cansado; distúrbio do estado mental e físico do indivíduo.
(OE, 2016, p.86).

A criança ao perceber que tem controlo sobre o seu *stress* e que os profissionais de saúde lhe proporcionam estratégias para esse mesmo controlo, ganha confiança em si mesma, bem como naqueles que a rodeiam. Ao superar a situação de *stress*, a criança aprende a enfrentar, de uma forma saudável, situações futuras geradoras de *stress* (Brazelton & Greenspace, 2009).

Importa de seguida perceber quais as manifestações de dor e *stress* na criança e adolescente, o que nos remete para o próximo capítulo.

2. Manifestações de Dor e Stress no Utente Pediátrico

É importante que o enfermeiro utilize estratégias que lhe permita antecipar a dor da criança, tendo em consideração os diferentes fatores de expressão da dor que podem influenciar a avaliação por parte do profissional (linguagem, etnia e fatores culturais) (Bennet et al, 2009). Também as famílias e os profissionais da equipa multidisciplinar devem estar atentos e aplicar métodos para reduzir a ansiedade antes dos procedimentos (Howard et al, 2012,).

O quadro seguinte contempla conjuntos de características das respostas da criança e do adolescente a episódios de dor e/ou *stress* como é o caso da punção venosa periférica.

Características das respostas da criança e do adolescente à <u>dor</u> e ao <u>stress</u>
0 ao 1 ano de idade
<ul style="list-style-type: none">○ Choro vigoroso;○ Expressão facial dor ou ira;○ Agitação ou Rigidez;○ Desconfiança (alteração das expressões emocionais – choro e sorriso);○ Tentativa de resistência física e de afastamento deliberado do estímulo após contacto (através de resposta corporal). <p>(Nota: A maioria do Recém-Nascidos (RN) responde à dor com movimentos corporais, contudo é importante lembrar que o RN pode experienciar dor sem manifestação comportamental desta (principalmente os RN de pré-termo))</p>
1 aos 3 anos de idade
<ul style="list-style-type: none">○ Choro alto e vigoroso;○ Expressão facial dor ou ira;○ Crises de Birras;○ Acessos de Raiva;○ Não colaboração;○ Agressão Física.
4 aos 6 anos de idade

<ul style="list-style-type: none"> ○ Choro vigoroso; ○ Gritos; ○ Batimentos repentinos com os membros superiores e inferiores; ○ Tentativas de afastamento do estímulo antes do contacto; ○ Pouca colaboração; ○ Solicitação de suporte físico e emocional nos pais ou pessoa significativa (exemplo: abraços); ○ Verbalização de expressões verbais como: “Ai”, “Dói”; ○ Exigência do fim do procedimento; ○ Agitação e Irritabilidade; ○ Poderá verbalizar o seu medo; ○ Culpabilização. <p>(Nota: os comportamentos nesta idade ocorrem muitas vezes de forma antecipada ao procedimento)</p>
7 aos 11 anos de idade
<ul style="list-style-type: none"> ○ Tentativa de adiamento do procedimento; ○ Corpo tenso, testa franzida, rigidez muscular; ○ Medo da incapacidade e morte; ○ Aceitação passiva da dor; ○ Comunicação acerca da sua própria dor. <p>(Nota: nesta faixa etária podem ser observados comportamentos semelhantes ao da faixa anterior, especialmente durante o procedimento invasivo)</p>
12 aos 18 anos de idade
<ul style="list-style-type: none"> ○ Maior tensão muscular e controlo corporal; ○ Autocontrolo; ○ Cooperação nos procedimentos; ○ Tranquilidade excessiva e/ou ilusória; ○ Descrição de experiências de dor.

Quadro 1 – Características das repostas da criança e adolescente à dor e ao *stress* (Adaptado de Barros, 2003; OE, 2011; Jacob, 2014)

3. Escalas de Avaliação da Dor no Utente Pediátrico

A dor faz parte das experiências de praticamente todas as crianças, contudo a avaliação da dor pediátrica continua a ser bastante complexa e desafiador. Sabemos que a experiência de dor na criança

é influenciada pela sua idade, desenvolvimento, pela natureza da dor e pela capacidade da criança expressar essa mesma dor (Barros, 2003; Jacob, 2014).

Os instrumentos de avaliação da dor pediátrica são essencialmente de natureza comportamental e fisiológica, ou de autorrelato, sendo usados para avaliação da intensidade da dor da criança e do adolescente. Contudo, até aos 4 anos, os instrumentos de autorrelato não são considerados válidos uma vez que até esta idade a maioria das crianças não tem capacidade para relatar com precisão a intensidade da sua dor, sendo por vezes difícil a diferenciação das reações da dor de outras fontes de angústia, como a fome, ansiedade ou outros tipos de desconforto (Jacob, 2014).

A DGS (2010) recomenda a utilização das seguintes escalas de avaliação da dor do utente pediátrico:

- Recém-nascido:
 - EDIN (*Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né*) – Escala utilizada para RN de pré-termo e em contexto de Cuidados Intensivos;
 - NIPS (*Neonatal Infant Pain Scale*) – Escala utilizada em RN de termo e pré-termo;
 - PIPP (*Premature Infant Pain Scale*) – Escala útil para a avaliação da dor em procedimentos dolorosos em RN de termo e pré-termo;
 - N-PASS (*Neonatal Pain, Agitation & Sedation Scale*) – Escala utilizada em RN que se encontra sedados e sob ventilação assistida;
- Crianças menores de 4 anos ou sem capacidade para verbalizar:
 - FLACC (*Face, Legs, Activity, Cry, Consolability*) - instrumento de avaliação comportamental da dor;
- Crianças entre os 4 e os 6 anos:
 - FPS-R (*Faces Pain Scale – Revised*);
 - Escala de Faces de *Wong-Baker*;
- Crianças com mais de 6 anos de idade, para além da FPS-R e da Escala de Faces de *Wong-Baker*:
 - EVA (Escala Visual Analógica);
 - EN (Escala Numérica).

4. Estratégias Não-Farmacológicas no Controlo da Dor e *Stress* do Utente Pediátrico na Preparação e Realização de Punção Venosa Periférica

Como vimos anteriormente, na criança a dor aguda associada a procedimentos invasivos está relacionada com o medo e com a ansiedade, podendo envolver dor e desconforto (Barros, 2003). Contudo, segundo Barros (2003, p.100), “este tipo de reações é importante (...) nomeadamente nas atitudes de confronto das situações de *stress* mais rotineiras”.

No geral existe, por parte das crianças e adolescentes, muito medo de “Injeções”, até mais que a própria doença. Esse medo poderá não ter necessariamente por base experiências anteriores, mas sim fobias e ideias pré-concebidas em relação ao procedimento em si (Barros, 2003). De acordo com Fernald e Corry (1981 cit. por Barros, 2003, p. 100) “muitas crianças parecem ter mais medo das injeções pré-operatórias do que da operação em si (...)”

Assim, dado que a dor associada à punção venosa periférica está associada à ansiedade antecipatória, torna-se importante a adoção de estratégias não farmacológicas para o controlo dessa mesma dor e do *stress* associado (Barros, 2010).

As estratégias não-farmacológicas de controlo de dor e de *stress*, são um importante recurso para o alívio da dor, podendo ser utilizadas de uma forma isolada ou em conjunto com as intervenções farmacológicas (no caso de dor moderada a intensa) (OE, 2013).

De seguida apresenta-se um quadro com as intervenções sugeridas para cada grupo etário. Importante salientar que **as intervenções deverão ser sempre adaptadas ao estágio de desenvolvimento da criança não se limitando aos grupos etários sugeridos.**

Ao longo da apresentação irá surgir o símbolo “♣”. A presença deste símbolo significa que existe material de apoio no “Kit de Punção Venosa”, cuja descrição pormenorizada será feita no Capítulo 6.

Estratégias Não-Farmacológicas de Controlo da Dor e Stress aquando do Procedimento de Punção Venosa Periférica	
RN	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Método Canguru</u> - colocação vertical do RN junto ao peito da mãe ou pai, em contacto pele com pele (permite a redução significativa da duração do choro) --» dever ser iniciado antes do procedimento e mantido após terminar; • <u>Contenção</u> – consiste em envolver o recém-nascido numa manta familiar, com flexão dos membros e tronco, devendo o profissional deixar as mãos livres para que o RN possa chegar à boca - método <i>swaddling</i>; • <u>Sucção Não Nutritiva</u> - a utilização da “chupeta” modula o desconforto do RN diminuindo o tempo de choro e reduzindo a intensidade do estímulo doloroso. Os movimentos ritmados de sucção permitem atenuar a mimica facial de dor através da libertação de endorfinas; • <u>Aleitamento materno</u> - para além dos benefícios afetivos e nutricionais já conhecidos do aleitamento materno, a amamentação antes, durante e após o procedimento, permite alívio de dor do RN; <p>(Nota: Importante permitir a presença dos pais; proporcionar um ambiente tranquilo protegido de luz intensa e de ruído; posicionar o recém-nascido de forma confortável e familiar; manipular o RN o mínimo indispensável e de uma forma suave)</p>
Latente até a 1 ano de idade	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Distração Cognitiva e Comportamental</u> (Estratégia cognitiva que dirija a atenção da criança para estímulos diferentes do procedimento) <ul style="list-style-type: none"> ○ Cantar músicas familiares do latente; ○ Visionamento de um pequeno filme; ○ Descrever ou identificar elementos numa imagem (orientação pelos pais ou enfermeiro); ♣ <ul style="list-style-type: none"> ○ Usar brinquedos com cores vivas, com contrastes e que produzam som; ♣ ○ Usar livros com textura e som; ♣ ○ Utilizar bolas coloridas; ♣ ○ Utilizar instrumentos musicais. ♣ • <u>Relaxamento Muscular</u> (Estratégia que visa ajudar a criança a relaxar a parte do corpo envolvida no procedimento) <p>(Nota: À semelhança do RN, a amamentação e a sucção não nutritiva apresentam-se como duas estratégias de gestão da dor no latente. A importância da presença dos pais é essencial no sentido de transmitir conforto e confiança à criança, bem como a utilização de objetos familiares da criança)</p>

<p>1 a 3 anos de idade</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Distração Cognitiva e Comportamental</u> Proporcionar brincadeira lúdica antes do procedimento (5 a 10 minutos) ♣ • <u>Modelagem</u> (Estratégia que visa dar à criança informação, modelando atitudes de cooperação com recurso à distração) <ul style="list-style-type: none"> ○ Permitir que a criança utilize como modelo um boneco (não significativo), possibilitando-lhe uma interação com o material do procedimento (exemplo: compressas, seringa) e desempenho de papéis. Exemplo: ser enfermeira ou médica, etc. ♣ <p>(Nota: Todas as estratégias identificadas no grupo etário anterior também são aplicáveis)</p>
----------------------------	--

- **Exercícios Respiratórios**

(Estratégia com o objetivo de proporcionar um ambiente descontraído e, consequentemente, um relaxamento global)

- Pedir à criança que respire profundamente e consiga controlar a sua respiração: com recurso a apitos tipo “língua da sogra” ♣ ou bolas de sabão ♣

- **Reforço Positivo**

- Antes do procedimento conversar com a criança e explicar o comportamento que é esperado e a respetiva recompensa. Quando terminado o procedimento, elogiar a criança e atribuir o prémio que havia sido acordado (exemplo:

Diploma) ♣

- **Informação/Preparação**

- Antes do procedimento conversar com a criança e explicar o que “se irá passar” e que tipo de “sensações” poderá sentir, por forma a ajudá-la a formar uma expectativa realista. A preparação pode incluir a manipulação de alguns materiais, sendo que é importante lembrar que cabe ao enfermeiro avaliar o tempo de preparação e o tipo de informação que é fornecida, por forma a estar adaptado ao estágio de desenvolvimento da criança ♣

- **Imaginação Guiada**

(Esta estratégia consiste em pedir à criança que se concentre numa imagem (mental) a qual goste muito e que tente imaginar a sua forma, cor, cheiro, sabor, etc., por forma a descentralizar a criança do procedimento doloroso, concentrando em imagens contrárias “ao cenário” de dor)

- **Imagética**

(Esta estratégia entra no campo da imaginação emotiva e consiste em perguntar à criança, a título de exemplo, qual o seu Super-Herói favorito. A partir dessa personagem irá ser construída uma história em que o Super-Herói irá ajudar a criança no procedimento a que esta irá ser sujeita (neste caso: Punção Venosa Periférica).

- **Autoinstrução Positiva**

- A criança é orientada para, no decorrer do procedimento, repetir frases curtas e positivas de autoincentivo (por exemplo: “sou corajosa e vou comportar-me muito bem!”). Esta estratégia engloba também a estratégia de distração e de reforço positivo

(Nota: Todas as estratégias identificadas no grupo etário anterior também são aplicáveis)

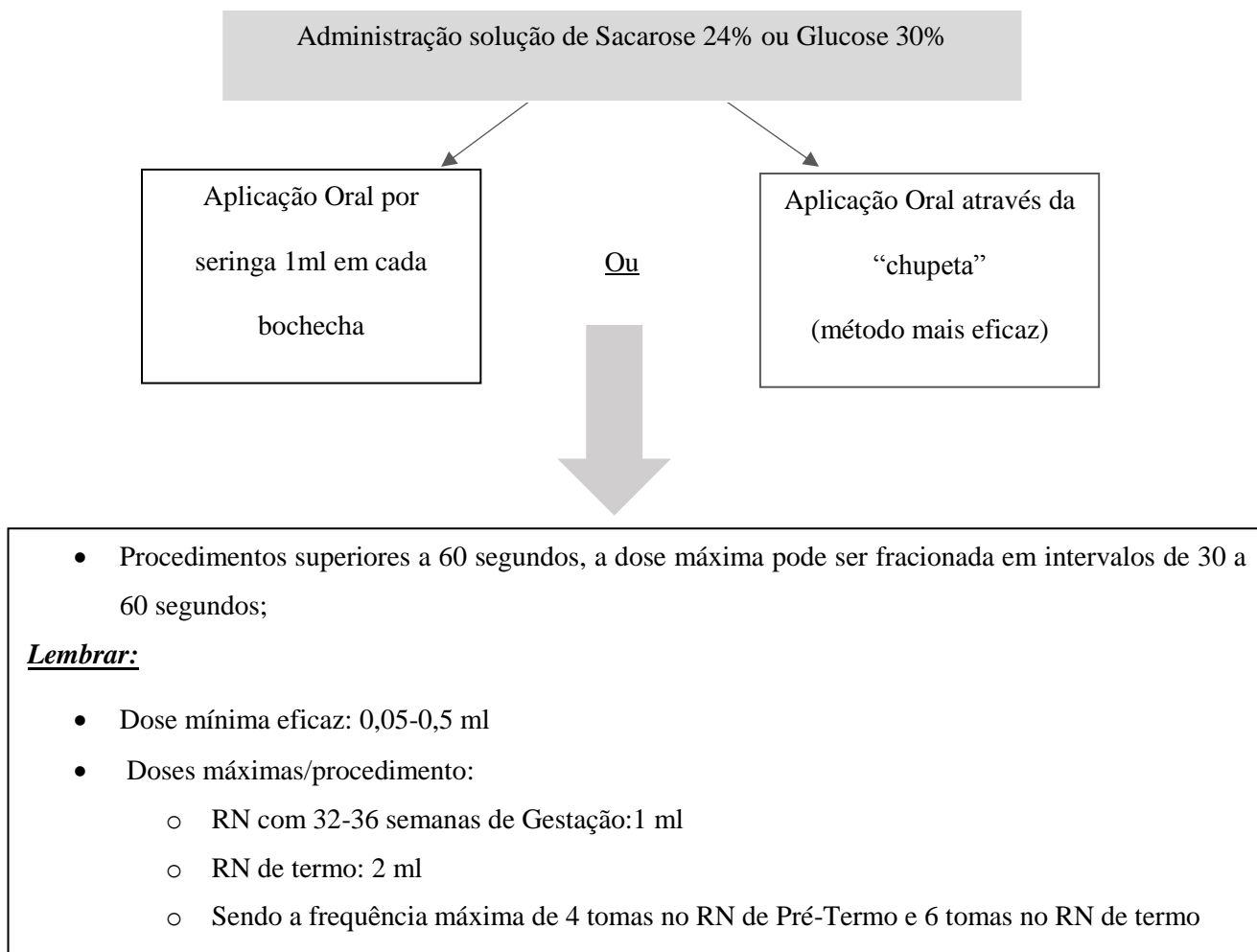
7 a 11 anos de idade	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Humor</u> (Estratégia de comunicação com a criança que proporciona alívio de tensão e promove a diminuição das preocupações (torna assim as relações mais próximas e de maior confiança) • <u>“Parar o Pensamento”</u> (Estratégia que consiste em identificar pontos positivos sobre o procedimento, bem como informação tranquilizante) <ul style="list-style-type: none"> ○ (Exemplo: “A colocação do cateter vai permitir que eu consiga fazer a medicação e ficar bom rapidamente” // “Faz de conta que estou numa praia em pleno Verão...”) ○ Pedir à criança para pensar em todos os fatores positivos e tranquilizantes identificados, memorizando-os para que durante o procedimento consiga repeti-los de forma sucessiva • <u>Utilizar diagramas simples sobre o corpo humano</u> ♣ • <u>Relaxamento Muscular</u> – com recurso também a bolas anti-stress ♣ <p>(Nota: As estratégias identificadas no grupo etário são válidas sendo que adequadas e adaptadas ao estágio de desenvolvimento da criança)</p>
12 a 18 anos de idade	<p>Todas as estratégias identificadas nos grupos etários anteriores, à exceção das duas primeiras, são válidas sendo que adequadas e adaptadas ao estágio de desenvolvimento do adolescente</p>

Quadro 2 – Estratégias Não-Farmacológicas de Controlo da Dor e do *Stress* na Criança e no Adolescente
(Adaptado de Barros, 2010; DGS, 2012; OE, 2013; Jacob, 2014)

5. Estratégias Farmacológicas para o Controlo da Dor do Utente Pediátrico aquando do Procedimento de Punção Venosa Periférica

5.1. Administração de Sacarose a 24% ou Glucose a 30%

A utilização da sacarose tem sido bastante estudada, verificando-se diminuição do tempo de choro no RN bem como redução dos níveis de score obtidos na avaliação da dor aquando do procedimento. Importante salientar que o efeito analgésico da solução glicosada (exemplo: Glicose Hipertónica a 30%) é semelhante ao da Sacarose. De seguida apresenta-se quadro de orientação de utilização de Sacarose 24% e de Glucose a 30%, de acordo com a Orientação nº: 024/2012 da DGS (2012):



Quadro 3 – Orientação de Utilização de Sacarose 24% em RN (Adaptado de DGS, 2012)

5.2. Aplicação de Anestésicos Tópicos Locais

Existem atualmente múltiplas opções farmacológicas eficazes na prevenção da dor provocada pela punção venosa periférica. Contudo, o tempo necessário para a analgesia é muitas vezes um obstáculo à sua utilização (Batalha & Correia, 2018).

Idealmente o anestésico tópico para a prevenção da dor da punção venosa periférica seria de efeito rápido e duradouro, eficaz, seguro e de fácil aplicação, de baixo custo para a instituição e bem aceite por parte da criança e do profissional (Zempsky, 2008 cit. por Batalha & Correia, 2018).

Seguidamente serão descritas diferentes opções de anestésicos tópicos que se encontram disponíveis no Kit “Preparação para a Punção”.

5.2.1. Creme EMLA®

O creme EMLA® é constituído por uma mistura de anestésicos tópicos: lidocaína (2,5%) e prilocaína (2,5%).

A DGS (2012) recomenda a utilização de EMLA® na seguinte dosagem:

Creme sob penso oclusivo:

0-3 M: 0,5g (Máx: 1g/dia)

4-12 M: 0,5g (Máx: 2g/dia)

1-6 A: 1-2g (Máx: 10g/dia)

7-11 A: 1-2g (Máx:20g/dia)

>12 A: 2-3g (Máx: 50g/dia)

Penso impregnado

O creme EMLA® tem início de atuação ao fim de 60 minutos, sendo o pico de ação aos 120 minutos, com a duração total de atuação de 4 horas (DGS, 2012).

5.2.2. Cloreto de Etílio

O Cloreto de Etílio tem a sua ação por arrefecimento rápido da pele, inibindo a condução dos influxos sensoriais cutâneos. A sua aplicação por *spray* não deve exceder os 10 segundos consecutivos e deve respeitar a distância de segurança de 10 cm do local de punção. Tem efeito anestésico local imediato e com um tempo de duração inferior a 1 minuto (Batalha & Correia, 2018).

5.2.3. Lidocaína a 10 % em *spray* e Lidocaína em Gel e Creme

- A Lidocaína a 10% em *spray* é constituída por 10 mg de lidocaína base. Tem início de atuação ao fim de 1 a 3 minutos sendo que o tempo de duração total de atuação é de 10 a 15 minutos (Zempsky, 2008 cit. por Batalha & Correia, 2018).
- O Cloridrato de Lidocaína em Gel a 2% é constituído por 2 mg de lidocaína base. Tem início de atuação ao fim de 5 minutos, sendo que o tempo de duração total de atuação é de 20 a 30 minutos (Zempsky, 2008 cit. por Batalha & Correia, 2018).
- A Lidocaína creme a 4% é constituída por 4 mg de lidocaína base, e na sua aplicação é necessária a colocação de penso protetor, sendo que necessita de 30 minutos para o início de atuação do anestésico (Soueid & Richard cit. por Batalha & Correia, 2018).

6. O Kit “Preparação para a Punção”

Material Terapêutico

- Penso Transdérmico EMLA®;
- Lidocaína Spray 10%;
- Lidocaína Creme a 4%;
- Lidocaína Gel a 2%;
- Cloreto de Etilio.

(o material infra descrito poderá ser utilizado para a estratégia não farmacológica de modelagem)

- Luvas;
- Cateter venoso periférico;
- Sistemas de soro;
- Seringas;
- Garrote
- Máscara de proteção;
- Ligaduras;
- Compressas;
- Pensos coloridos e com desenhos;

Material Lúdico

- Livro com textura e roca com som;
- CD com músicas para bebês;
- Instrumento Musical “maraca”;
- Bolas de Sabão;
- Bola colorida “anti-stress”;
- Boneca;
- Apitos do tipo “Língua da Sogra”;
- Diplomas de “Bom Comportamento”
- Folhas de Papel para ilustrações;
- Lápis de Cor;
- Livro sobre o Corpo Humano “O Livro da Vida Humana”

CONCLUSÃO

Cada vez mais é importante perceber, avaliar e valorizar a dor pediátrica, bem como a ansiedade e o *stress* associados aos procedimentos invasivos como é o exemplo da punção venosa periférica. Sabemos que este procedimento é, ainda hoje, bastante ameaçador para as crianças e adolescentes, até mesmo em contexto de internamento onde o ambiente por vezes pode ser mais controlado. Como vimos, ao longo do Manual, acompanhada à dor encontram-se muitas vezes o medo e a ansiedade, sendo estes fatores agravantes dessa mesma dor, pelo que adotar estratégias (farmacológicas e não farmacológicas) como medida de prevenção da dor e do *stress* associados ao procedimento em si, pode fazer a diferença na gestão de *stress* da criança e do adolescente em situações futuras.

É ainda importante na utilização frequente das intervenções não farmacológicas lembrar que cada criança é única. Assim cada intervenção deve ser adaptada em função da idade, desenvolvimento cognitivo, experiências prévias e estratégias de *coping* da criança e do adolescente.

Espera-se que o presente Manual e que o Kit “Preparação para a Punção” sejam importantes ferramentas de consulta e de trabalho e que os profissionais consigam adotar as estratégias mais eficazes para o controlo da dor e do *stress* da criança e do adolescente sujeito a Punção Venosa Periférica.

Referências Bibliográficas

Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica - Perspetiva desenvolvimentista*. (2ªed.) Lisboa: Climepsi Editores.

Barros, L. (2010). A dor pediátrica associada a procedimentos médicos: contributos da psicologia pediátrica. *Temas em Psicologia*, 18 (2), 295-306.

Batalha, L., Correia, M. (2018). Prevenção da dor na punção venosa em crianças: estudo comparativo entre anestésicos tópicos. *Revista de Enfermagem Referência*, 18, 93-102.

Bennet M., Carter B., Dooley F., et al. (2009). *The Recognition and Assessment of Acute Pain in Children*. Londres: Royal College of Nursing.

Birnie, K., Noel, M., Chambers, C., Uman, L., & Parker, J. (2018). Psychological interventions for needle related procedural pain and distress in children and adolescents (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 10. DOI: 10.1002/14651858.CD005179.pub4.

Brazelton, T. B., & Greenspan, S. I. (2009). *A criança e o seu mundo: requisitos essenciais para o crescimento e aprendizagem* (6.a ed.). Lisboa: Editorial Presença.

Direção-Geral da Saúde. (2003). Circular Normativa nº 9/DGCG de 14/6/2003: A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. *Direção-Geral da Saúde*. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2010). Orientação nº 014/2010 de 14/12/2010: Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. *Direção-Geral da Saúde*. Obtido de <https://www.dgs.pt/?ci=631&ur=1&newsletter=290>

Direcção-Geral da Saúde. (2012). Orientação nº 022/2012 de 18/12/2012: Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos). *Direcção-Geral da Saúde*. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0222012-de-18122012.aspx>

Direcção-Geral de Saúde. (2017). Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor. *Direcção-Geral da Saúde*. Obtido de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-prevencao-e-controlo-da-dor.aspx>

Howard R., Carter B., Curry J. (2012). Good practice in postoperative and procedural pain management. *Pediatric Anesthesia*, 2, 1–7.

Jacob, E. (2014). Apreciação e Gestão da Dor na Criança. Em M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds.), *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9.a ed., pp. 188-237). Loures, Portugal: Lusociência.

Ordem dos Enfermeiros (2013). Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. Cadernos OE, série I, n.º6. S.I.: Ordem dos Enfermeiros. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2008) *Guia Orientador de Boas Práticas DOR* (C. OE, Ed.). (Vol. 1). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2016). CIPE® Versão 2015 - Classificação *Internacional para a Prática de Enfermagem* Versão Portuguesa. Obtido de <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/catalogo-ciper-2015.html>

Apêndice X – Reflexão



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
9º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
Unidade Curricular Estágio com Relatório

REFLEXÃO

Discente:

Marta Alexandra dos Santos Damião nº 8372

Docente Orientador:

Prof^a Doutora Maria da Graça Vinagre

Lisboa

Janeiro, 2019

INTRODUÇÃO

No âmbito da realização dos estágios integrados na Unidade Curricular de Estágio com Relatório, foi dada continuidade ao percurso de estágio num Serviço de Urgência Pediátrica que teve a duração de 2 semanas.

Este estágio surge da necessidade de conhecer o Serviço de Urgência Pediátrica do hospital central de referência do hospital onde exerço funções, bem como observar e identificar os stressores e situações geradores de *stress* na criança em idade pré-escolar em contexto de urgência, as manifestações de *stress* da criança, e as intervenções de enfermagem com foco na minimização desse mesmo stress. É neste sentido que surge a necessidade de refletir sobre o observado neste percurso de estágio.

REFLEXÃO

A hospitalização constitui, para a maioria das crianças e famílias, momentos de *stress* e de ansiedade, contudo sabe-se que é possível diminuir os seus efeitos negativos e até mesmo potencializar os seus aspetos mais enriquecedores. Uma experiência hospitalar positiva permite uma melhor preparação para situações semelhantes futuras (Barros, 2003; Ordem dos Enfermeiros [OE], 2013).

A minha experiência no Serviço de Urgência Pediátrica revelou-se bastante rica e importante na medida em que permitiu a observação direta dos stressores presentes na criança em idade pré-escolar em contexto de urgência, bem como as estratégias e intervenções de enfermagem que os enfermeiros utilizam para diminuir esses mesmos stressores.

A criança quando dá entrada no serviço de urgência, regra geral, tem o seu primeiro contacto com a equipa de enfermagem na Sala de Triagem. Na sala de triagem é possível encontrar diversos equipamentos clínicos como termómetros (muitas vezes de formato desconhecido da criança), aparelhos medidores de tensão, seringas para administração de antipirético oral, entre outros equipamentos e utensílios que, segundo o estudo de Salmela, Salanterä & Aronen (2009), constituem stressores para a criança em idade pré-escolar, aumentando o medo aquando do seu processo de hospitalização. Em contraste, neste ambiente é possível verificar nas paredes, desenhos inseridos no Imaginário do “Universo” e que se encontra presente em todo o Serviço de Urgê

Existe um esforço da equipa de enfermagem para a promoção de um acolhimento saudável com um sorriso e disponibilidade para esclarecimento de dúvidas por parte da criança bem como da sua família, com o objetivo de estabelecer um ambiente de confiança. A promoção de um ambiente de confiança permite, de acordo com Jorge (2004) e Fernandes (2012), diminuir a ansiedade, dúvidas e medos da criança, bem como da sua família. Pelo que esta abordagem inicial torna-se bastante importante e essencial para o processo de relação e de confiança entre equipa multidisciplinar, criança e sua família.

Logo num primeiro contacto, foi possível observar manifestações de *stress* na criança em idade pré-escolar. Se algumas crianças respondiam com um sorriso ao sorriso do enfermeiro de triagem, outras entravam com ar apreensivo, procurando no familiar que a acompanhava (regra geral, pai ou mãe) segurança (como por exemplo: escondendo-se por detrás do pai/mãe, segurando a sua mão, ...), podendo pensar-se que estamos perante uma manifestação de medo de separação da figura de referência (OE, 2011), mas também como um mecanismo de *coping* para enfrentar os stressores presente nesta situação indutora de *stress* (Salmela, Salanterä & Aronen, 2010).

Lembrando que a criança, habitualmente, desenvolve simpatia pelas pessoas que correspondem aos seus interesses e que a valorizam (Piaget, 1990) e que um dos stressores de natureza interpessoal consiste na “perda de controlo” e défice de informação sobre os acontecimentos que estão a decorrer (Jorge, 2004; OE, 2011, 2013), torna-se importante realçar a importância da comunicação com a criança. Verificou-se na observação da interação enfermeiro-criança-família, a preocupação de fornecer a informação adequada e ajustada ao nível de desenvolvimento da criança, como cuidado antecipatório antes de cada procedimento, indo ao encontro do preconizado pela OE (2013).

Em contexto de Sala de Tratamentos foi possível observar de forma direta e mais evidente, as manifestações de *stress* na criança de esta idade. Antes de abordar as manifestações de *stress* observadas, importa realçar a importância da preparação da criança para os procedimentos em contexto de sala de tratamentos.

Verificou-se que as crianças cujos pais haviam explicado de uma forma calma e serena parte do procedimento a que iriam ser sujeitas na sala de tratamentos, apresentavam-se mais calmas e confiantes aquando da entrada na sala, estando por isso, mais disponíveis para a abordagem da equipa de enfermagem. Os pais poderão, por isso, assumir um importante e ativo papel no controlo do *stress* dos seus filhos, diminuindo a sua própria ansiedade (Ballard et al, 2017). Pais que estejam bastante ansiosos ou que estejam preocupados com outro filho que

também têm que cuidar, terão mais dificuldade em ajudar a sua criança a desenvolver mecanismos de coping (Krauss, Calligaris, Green & Barbi, 2016).

E, de facto, segundo Brazelton (2003), a transmissão de confiança dos pais à sua criança, permite que esta se sinta protegida e confiante nas suas capacidades. Verificou-se ainda que quando as crianças não sabiam qual o procedimento a que iriam ser sujeitos e o que “iriam realizar na sala de tratamentos”, não tendo havido por isso uma preparação prévia, mostravam-se menos disponíveis para a explicação e preparação por parte da equipa de enfermagem, revelando que, segundo Brazelton (2003) o medo do desconhecido e do inesperado é muito maior que o medo de uma dor para a qual estão previamente preparadas.

Ainda em contexto de sala de tratamentos, foi possível observar manifestações indicativas de *stress* como: choro, gritos, tentativas de afastamento do profissional, verbalização de “medos” e tentativas de fuga (refugiando-se para trás do pai/mãe). Estas manifestações estiveram maioritariamente associadas a procedimentos invasivos simples (como por exemplo: colheita de secreções por zaragatoa, cateterismo venoso periférico e administração de medicação por via intramuscular), verificando-se muitas vezes que a dor experienciada pelas crianças em idade pré-escolar aquando destes procedimentos, estaria “intimamente associada a ansiedade antecipatória” (Barros, 2010, p. 286). Neste sentido, torna-se importante conhecer as intervenções de enfermagem utilizadas pela equipa de enfermagem em contexto de sala de tratamentos.

Aquando da preparação das crianças em idade pré-escolar para procedimentos invasivos simples, mas potencialmente dolorosos (como é o exemplo de punção venosa periférica) (Barros, 2010), foi possível observar o cuidado da equipa pela adequação e adaptação da linguagem ao nível de desenvolvimento da criança, ajudando-a com estratégias de controlo da sua ansiedade. Verificou-se ainda que os enfermeiros delineiam as suas intervenções de enfermagem com foco na minimização do *stress* da criança em idade pré-escolar, com recurso à Técnica de Distração e de Imaginação Guiada (com utilização de desenhos pintados nas paredes de todas as salas – Triagem, Sala de Tratamentos, Sala de Pequena Cirurgia, Sala de Aerossol, Sala de Vigilância e Sala de Observação, com o imaginário do “Universo”) indo ao encontro do preconizado pela OE (2013).

Antes de cada procedimento os enfermeiros recorrem ao Relaxamento Criativo combinado com a Técnica de Respiração Abdominal, utilizando as Bolas de Sabão, atendendo ao desenvolvimento da criança. E, de facto, verificou-se na observação que as crianças e os pais sujeitos a estas intervenções de enfermagem, ficam mais tranquilos, com diminuição da

ansiedade manifestada inicialmente, na medida em que também é permitido que a criança seja um participante ativo no processo de cuidar. Importante ainda salientar, que este controlo da ansiedade proporcionado, permite que, de acordo com Barros (2010), também haja um maior controlo da dor associado a procedimentos simples.

Outro ponto observado na Urgência Pediátrica teve a ver com o fardamento da equipa de enfermagem bem como o fardamento dos assistentes operacionais. Foi possível observar que os enfermeiros fazem recurso a fardamento colorido e com desenhos, evitando a utilização da conhecida “bata branca”, o que de acordo com o estudo de Festini et al (2008), permite que a criança consiga ter uma perceção mais humanista do enfermeiro, revelando-se este tipo de fardamento (colorido e/ou com desenhos) como o preferido das crianças e dos pais, comparativamente ao fardamento convencional. Assim, é possível perceber que o recurso a este tipo de fardamento contribui para uma melhor relação enfermeiro-criança-família, o que consequentemente permite uma melhor gestão do *stress* inerente ao processo de hospitalização no serviço de urgência pediátrica.

Foi notório o cuidado que a equipa de enfermagem tem no encorajamento de colaboração da criança e família, bem como o feedback positivo em relação ao seu comportamento sem nunca fazer recurso a expressões que possam, de certo modo, fragilizar a criança. Tendo sido observado o recurso ao Reforço Positivo: diplomas de coragem e medalhas de “Bom Comportamento”.

Na intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) é notório neste SUP que o planeamento de cuidados é centrado na criança e na sua família, trabalhando em parceria com o objetivo de atingir o mais elevado nível de saúde possível, indo ao encontro do preconizado pelo Regulamento nº422/2018 da OE.

CONCLUSÃO

A presente reflexão permitiu perceber que há semelhanças com o que é descrito na literatura, as crianças em idade pré-escolar quando iniciam o seu processo de hospitalização trazem com elas medos e ansiedade, muitas vezes associados ao desconhecido e a ideias pré-concebidas.

A presença e participação ativa dos pais permite que a criança consiga desenvolver mecanismos de coping para reduzir o seu nível de *stress*. Contudo, também os pais podem revelar ansiedade e medos, pelo que a intervenção dos enfermeiros deve centrar-se na criança e na sua família, focando-se na minimização dos stressores que possam criar instabilidade ao sistema criança-família.

Conseguindo um equilíbrio no sistema criança-família, quer a criança quer a sua família poderão, da experiência de hospitalização, obter um maior nível de bem-estar estando também preparados, de forma positiva, para experiências de futuros internamentos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ballard, A., May, S., Khadra, C., Fiola, J., Charest, M., Bailey, B. ... Tsimicalis, A. (2017). Distraction Kids for Pain Management of Children Undergoing Painful Procedures in the Emergency Department: A Pilot Study. *Pain Management Nursing*, 18 (6), 418-426.
- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica - Perspetiva desenvolvimentista*. (2ªed.) Lisboa: Climepsi Editores.
- Barros, L. (2010). A dor pediátrica associada a procedimentos médicos: contributos da psicologia pediátrica. *Temas em Psicologia*, 18 (2), 295-306.
- Brazelton, T. & Sparrow, J. (2003). *A Criança dos 3 aos 6 anos – O desenvolvimento emocional e do comportamento*. Lisboa: Editorial Presença.
- Fernandes, D. (24 de setembro de 2012). *O atendimento à criança na Urgência Pediátrica*. [Internet]. Consultado a 6/12/2017. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos%20Enfermeiros/O%20atendimento%20C3%A0%20crian%20C3%A7a%20na%20Urg%20C3%A0%20Pedi%20C3%A1trica,%20Dino%20Fernandes%20Enfermeiro%20EESIP.pdf>
- Festini, F., Occhipinti, V., Cocco, M., Biermann, K., Neri, S., Chiara, G. ... Caprilli, S. (2008). Use of non-conventional nurses' attire in a paediatric hospital: a quasi-experimental study. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 1018-1026.
- Jorge, A. M. (2004). *Família e Hospitalização da Criança – (Re) Pensar o Cuidar em Enfermagem* (1ª ed.) Loures: Lusociência.
- Krauss, B., Calligaris, L., Green, S. & Barbi E. (2016). Current concepts in management of pain in children in the emergency department. *The Lancet*, 387, 83-92.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Guias orientadores da boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica - Volume II*. Lisboa: OE. Obtido de: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8906/cadernosoe_guiasorientadoresboapraticaceesip_volii.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Lisboa: OE. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Piaget, J., (1990). *Seis estudos de psicologia* (10ªed). Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Regulamento nº 422/18 de 12 de Julho. (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica. Diário da República II Série, nº 133. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal. Recuperado de <https://dre.pt/application/conteudo/115685379>.
- Salmela, M., Salanterä, S. & Aronen, E. (2009). Child-Reported Hospital Fears in 4 to 6-Year-Old Children. *Pediatric Nursing*, 35, 269-303.
- Salmela, M., Salanterä, S. & Aronen, E. (2010). Coping with hospital-related fears: experiences of pre-school-aged children. *Journal of Advanced Nursing*, 66, 1222-1231.

Apêndice XI – Stressores, Situações Geradoras de Stress e Manifestações de
Stress na criança em idade pré-escolar em contexto de urgência: Principais
Resultados de uma Revisão de Literatura



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
9º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
Unidade Curricular Estágio com Relatório

**STRESSORES, SITUAÇÕES GERADORAS DE STRESS E MANIFESTAÇÕES DE
STRESS NA CRIANÇA EM IDADE PRÉ-ESCOLAR EM CONTEXTO DE URGÊNCIA:
PRINCIPAIS RESULTADOS DE UMA REVISÃO DE LITERATURA**

Discente:

Marta Alexandra dos Santos Damião nº 8372

Docente Orientador:

Prof^a Doutora Maria da Graça Vinagre

Lisboa

Janeiro, 2019

INTRODUÇÃO

O presente documento surge no âmbito da realização de uma síntese da revisão de literatura que teve com objetivos principais identificar as manifestações indicativas de *stress* na criança em idade pré-escolar, bem como os stressores e situações geradoras de *stress* na criança em idade pré-escolar em contexto de urgência. O documento tem ainda como finalidade o desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica, particularmente na gestão do bem-estar da criança e da sua família.

Assim, foi elaborada a presente síntese, que apresenta de forma sistematizada os principais resultados da revisão de literatura realizada de uma forma clara e organizada.

É importante relembrar que, de acordo com o Modelo de Sistemas de Betty Neuman, a criança está exposta a stressores de diferentes naturezas:

Stressores de Natureza Intrapessoal: Forças internas do ambiente que ocorrem dentro da barreira do sistema da criança;

Stressores de Natureza Interpessoal: Forças ambientais exteriores que ocorrem fora da barreira do sistema da criança mas na faixa proximal;

Stressores de Natureza Extrapessoal: Forças de interação ambiental externas que ocorrem fora das barreiras do sistema da criança mas na faixa distal (Neuman & Fawcett, 2011).

Pretende-se ainda que este documento constitua uma importante ferramenta de trabalho para o desenvolvimento de intervenções de enfermagem com foco na minimização de *stress* na criança em idade pré-escolar (trabalho já iniciado com o desenvolvimento de uma *Check-List* orientadora de intervenções de enfermagem).

Principais Resultados de uma Revisão de Literatura

Stressores e Situações Geradoras de <i>Stress</i> na Criança em idade pré-escolar em contexto de urgência		
Natureza Intrapessoal	Natureza Interpessoal	Natureza Extrapessoal
<ul style="list-style-type: none"> Verbalização de medos de: <ul style="list-style-type: none"> Dor; Separação dos pais; Pessoas desconhecidas; Lesão Corporal; Sintomas de Doença; Adoecer; Análises de sangue; “ter de ficar quieto”; Ser criticado ou rejeitado; Procedimentos de enfermagem. 	<ul style="list-style-type: none"> Apoio Familiar – Pais ou pessoa significativa; Profissionais desconhecidos; Abordagem dos profissionais; Restrição das próprias escolhas da criança (“perda de controlo”) Perda de autonomia; Separação (“Ansiedade de Separação”) Poder exclusivo apenas dos adultos; Pouca informação sobre os acontecimentos (informação adaptada ao estágio de desenvolvimento da criança – por forma a que esta a perceba de uma forma real); Perceção dos procedimentos invasivos como uma punição; 	<ul style="list-style-type: none"> Admissão hospitalar; Experiência Hospitalização; Admissões hospitalares recorrentes; Cultura; Ambiente não familiar – Separação do ambiente familiar; Sons desconhecidos (Ex: Aparelhos clínicos, etc); Cheiros hospitalares desconhecidos; Instalações hospitalares; Instrumentos e equipamentos clínicos desconhecidos; Espaços escuros; Procedimentos de enfermagem: <ul style="list-style-type: none"> Injeções; Colheita de amostras (Exemplo: análises sanguíneas, etc); Testes; Medicação; Outros procedimentos de enfermagem;

Principais Resultados de uma Revisão de Literatura

Manifestações de *Stress* na Criança em idade pré-escolar em contexto de urgência

- Medo;
- Ansiedade;
- Regressão;
- Sentimento de desespero;
- Deceção;
- Revolta;
- Agressividade física e verbal;
- Agitação;
- Irritabilidade;
- Choro;
- Gritos;
- Expressão oral do desconforto;
- Solicitação de suporte físico nos pais ou na pessoa significativa;
- Solicitação de suporte emocional (abraços, mimos, ...);
- Manifestação de medos:
- Recusa alimentar;
- Distúrbios do sono;

- Batimentos repentinos com os membros superiores e inferiores;
- Tentativas de afastamento do estímulo antes do contacto;
- Pouca colaboração;
- Exigência do fim do procedimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica - Perspetiva desenvolvimentista*. (2ªed.) Lisboa: Climepsi Editores.
- Barros, L. (2010). A dor pediátrica associada a procedimentos médicos: contributos da psicologia pediátrica. *Temas em Psicologia*, 18 (2), 295-306.
- Brazelton, T. & Sparrow, J. (2010). *A Criança dos 3 aos 6 anos – O desenvolvimento emocional e do comportamento*. (5ªed.), Lisboa: Editorial Presença.
- Brazelton, T. B., & Greenspan, S. I. (2009). *A criança e o seu mundo: requisitos essenciais para o crescimento e aprendizagem* (6ª ed.). Lisboa: Editorial Presença.
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em Enfermagem Pediátrica: Um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar*. Loures: Lusodidacta.
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2015). Enfermeiros com competência emocional na gestão dos medos de crianças em contexto de urgência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 13, 43-51.
- Jacob, E. (2014). Apreciação e Gestão da Dor na Criança. Em M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds.), *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., pp. 188-237). Loures, Portugal: Lusociência.
- Jorge, A. M. (2004). *Família e Hospitalização da Criança – (Re) Pensar o Cuidar em Enfermagem* (1ª ed.) Loures: Lusociência.
- Mitre, R., Gomes, R (2004). A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. *Ciências & Saúde Colectiva*, 9, 147-154.
- Monroe, R. (2014). Promoção da Saúde da Criança em Idade Pré-Escolar e da Família. Em M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds.), *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., pp. 622-644). Loures, Portugal: Lusociência.
- Neuman, B., & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model* (5ª ed.). Boston: Pearson.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – VOLUME II*. Lisboa: OE Obtido de: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8906/cadernosoe_guiasorientadoresboapraticaceesip_volii.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). CIPE® Versão 2015 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Versão Portuguesa. Obtido de <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/catalogo-ciper-2015.html>
- Piaget, J. (1977). *A Linguagem e o Pensamento da Criança*. Lisboa: Moraes Editores.
- Piaget, J. (1990). *Seis estudos de psicologia* (10ªed). Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Regulamento nº 422/18 de 12 de Julho. (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica. Diário da República II Série, nº 133. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal. Recuperado de <https://dre.pt/application/conteudo/115685379>.
- Salmela, M., Salanterä, S. & Aronen, E. (2009). Child-Reported Hospital Fears in 4 to 6-Year-Old Children. *Pediatric Nursing*, 35, 269-303.

- Salmela, M., Salanterä, S. & Aronen, E. (2010). Coping with hospital-related fears: experiences of pre-school-aged children. *Journal of Advanced Nursing*, 66, 1222-123.
- Sanders, J (2014). Cuidado Centrado na Família da Criança Durante a Doença e a Hospitalização Em M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds.), Wong: *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., pp. 1025-1057). Loures, Portugal: Lusociência.

Apêndice XII – *Check-List* de Observação de Intervenções de Enfermagem com foco na minimização do *stress* na criança em idade pré-escolar em contexto de urgência

Check-List de Intervenções de Enfermagem com foco na minimização do stress na criança em idade pré-escolar em Contexto de Urgência

Atitude da Equipa de Enfermagem perante a criança e pais/pessoa significativa:	Sim	Não	Observações
1. Permite presença dos pais/pessoa significativa para que a criança se sinta segura e confiante;			
2. Escuta a família e demonstra disponibilidade para esclarecer dúvidas e desmistificar medos e ansiedades;			
3. Partilha com os pais as informações necessárias sobre os medos da criança em idade pré-escolar relacionados com o processo de hospitalização e com o medo de separação (física dos pais, bem como do próprio ambiente familiar);			
4. Promove a participação ativa dos pais no processo de hospitalização da criança, sensibilizando-os para o processo de <i>coping</i> desta;			
5. Estimula a verbalização de medos, ideias e sentimentos da criança, escutando-a;			
6. Comunica com a criança de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e cultura;			
7. Não utiliza procedimentos de enfermagem como ameaça;			
8. Transmite calma e tranquilidade aos pais/pessoa significativa e criança;			
9. Identifica <i>stressores</i> da criança em idade pré-escolar;			
10. Identifica os principais comportamentos indicativos de <i>stress</i> da criança;			
11. Identifica respostas de <i>coping</i> da criança perante uma situação de <i>stress</i> ;			
12. Proporciona um ambiente hospitalar divertido e seguro.			

Intervenção da Equipa de Enfermagem/Enfermeiro(a) na preparação para procedimentos de enfermagem:	Sim	Não	Observações
13. Facilita a segurança e proteção pelos pais/pessoa significativa, permitindo que estes decidam qual o tipo de colaboração que pretendem dar;			
14. Escuta a família e demonstra disponibilidade para esclarecer dúvidas e desmistificar medos e ansiedades;			
15. Transmite calma e tranquilidade aos pais/pessoa significativa e criança;			
16. Comunica com a criança de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e cultura;			
17. Estimula a verbalização de medos, ideias e sentimentos da criança, escutando-a;			
18. Realiza uma explicação prévia do procedimento bem como do processo de hospitalização com recurso a palavras neutras e linguagem simples com termos que não sejam suscetíveis de levar a criança a interpretações erradas;			
19. Afirma diretamente que os procedimentos nunca são uma forma de punição (esclarecendo o porquê da sua importância);			
20. É honesto com a criança e com os pais/pessoa significativa, sem transmitir falsa confiança em relação ao procedimento doloroso (exemplo: não dizer que “não vai doer nada”);			
21. Não utiliza procedimentos de enfermagem como ameaça;			
22. Providencia junto dos pais/pessoa significativa o objeto securizante da criança (exemplo: brinquedo, chupeta,...)			
23. Mantém os objetos ameaçadores fora do campo de visão da criança (exceto se necessários para utilização na criança);			
24. Identifica <i>stressores</i> da criança em idade pré-escolar;			
25. Identifica os principais comportamentos indicativos de <i>stress</i> da criança;			
26. Identifica respostas de <i>coping</i> da criança;			
27. Utiliza Métodos de Relaxamentos para diminuição da ansiedade (Ex: Relaxamento Criativo, Respiração Abdominal, ...)			
28. Utiliza Técnicas de Distração, Imaginação Guiada combinada com relaxamento;			

29. Utiliza Estratégias de Confronto: Autoinstrução, Pensamento Positivo, ...;			
30. Apresenta os instrumentos e equipamentos que irão ser utilizados no procedimento para que a criança se sinta familiarizada com estes – Fazendo recurso à Técnica de Modelagem			
31. Proporciona um ambiente hospitalar divertido e seguro para a criança.			

Intervenção da Equipa de Enfermagem/Enfermeiro(a) aquando e após os procedimentos de enfermagem:	Sim	Não	Observações
32. Facilita a segurança e proteção pelos pais/pessoa significativa, permitindo que estes decidam qual o tipo de colaboração que pretendem dar;			
33. Escuta a família e demonstra disponibilidade para esclarecer dúvidas e desmistificar medos e ansiedades;			
34. Transmite calma e tranquilidade aos pais/pessoa significativa e criança;			
35. Comunica com a criança de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e cultura;			
36. Estimula a verbalização de medos, ideias e sentimentos da criança, escutando-a;			
37. Utiliza Método de Relaxamento para diminuição da ansiedade (Ex: Relaxamento Criativo, Respiração Abdominal, ...)			
38. Utiliza Técnicas de Distração, Imaginação Guiada combinada com relaxamento;			
39. Utiliza Estratégias de Confronto: Autoinstrução, Pensamento Positivo, ...;			
40. Proporciona um ambiente hospitalar divertido e seguro para a criança;			
41. Elogia a criança e a sua cooperação dando-lhe sempre <i>feedback</i> positivo, sem nunca a envergonhar quando esta não coopera nos procedimentos;			
42. Não utiliza expressões com as quais a criança se possa sentir humilhada (exemplo: “pareces um bebé a chorar”)			
43. Utiliza estratégias de Reforço Positivo (exemplo: Diplomas de Bom Comportamento, autocolantes, ...).			

Apêndice XIII – Plano de Sessão de Formação: “*Stress* da Criança em Idade Pré-Escolar em Contexto de Urgência”

Plano de Sessão de Formação dirigida à Equipa de Enfermagem – Serviço de Urgência Pediátrica

Tema: *Stress* da Criança em Idade Pré-Escolar em Contexto de Urgência

Destinatários: Enfermeiros do Serviço de Urgência Pediátrica

Preletor: Marta Damião (9º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria - ESEL)

Enfª Orientadora: M.G.

Professora Orientadora: Professora Doutora Maria da Graça Vinagre da Graça

Objetivos:

- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da identificação e minimização dos stressores e situações geradores de *stress* na criança em idade pré-escolar em contexto de urgência;
- Promover práticas de cuidados para a promoção da gestão do *stress* da criança em idade pré-escolar em contexto de urgência adotando intervenções com foco na sua minimização;
- Promover cuidados de qualidade e bem-estar à criança e família em contexto de urgência.

Métodos Pedagógicos: Expositivo, Discussão Orientada e *Brainstorming*

Duração: 90 minutos

Data: 19 de Fevereiro de 2019

Local: Sala de Reuniões do Serviço de Pediatria

	<i>Conteúdo</i>	<i>Metodologia</i>	<i>Recursos Materiais</i>	<i>Tempo de Duração (minutos)</i>
<i>Introdução</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação da Problemática 	<ul style="list-style-type: none"> • Método Expositivo 	<ul style="list-style-type: none"> • Computador; • Projetor; • Apresentação Digital PowerPoint	10
<i>Desenvolvimento</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Enquadramento Teórico em alternância com Momentos de Discussão Orientada e Brainstorming: <ul style="list-style-type: none"> → Stressores na criança em idade pré-escolar em contexto de urgência; → Atitudes e Comportamentos dos Profissionais; → Situações indutoras de <i>stress</i>; → Manifestações indicativas de <i>stress</i> na criança em idade pré-escolar; • Apresentação e Análise da <i>Check-List</i> de Observação; • Apresentação do Protocolo de Atuação "Protocolo de atuação com foco na minimização do <i>stress</i> da criança em idade pré-escolar e família que recorrem ao Serviço de Urgência" 	<ul style="list-style-type: none"> • Método Expositivo; • Método Discussão Orientada; 	<ul style="list-style-type: none"> • Computador; • Projetor; • Apresentação Digital PowerPoint	60
<i>Conclusão</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Esclarecimento de Dúvidas • Sugestões de melhoria do Protocolo de Atuação – particularmente ao nível das Intervenções de Enfermagem • Avaliação da Formação através de documento interno do Departamento de Formação 	<ul style="list-style-type: none"> • Método Expositivo; <p>Aplicação de Grelha de Avaliação</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Computador; • Projetor; • Apresentação Digital PowerPoint	20

Apêndice XIV – Sessão de Formação: “*Stress* da Criança em Idade Pré-Escolar em
Contexto de Urgência”

Stress da criança em idade pré-escolar em contexto de Urgência

Marta Damião

19 de Fevereiro de 2019

EESIP Orientadora
M.G.
Professora Orientadora
Profª Doutora Maria da Graça Vinagre Graça

Índice

- Objetivos
- Identificação da Problemática
- Enquadramento Teórico
- Discussão Orientada
- Check-List de Observação
- Apresentação do Protocolo de Atuação
- Contributos da Equipa
- Referências Bibliográficas

Objetivos

- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da identificação e minimização dos stressores e situações geradores de stress na criança em idade pré-escolar em contexto de urgência;
- Promover práticas de cuidados para a promoção da gestão do stress da criança em idade pré-escolar em contexto de urgência adotando intervenções com foco na sua minimização;
- Promover cuidados de qualidade e bem-estar à criança e família em contexto de urgência.

Identificação da Problemática

- Nos primeiros anos de vida, as crianças são muitas vezes confrontadas com a experiência da ida ao hospital devido à sua vulnerabilidade e desenvolvimento de diversas patologias. O processo de doença/hospitalização gera momentos de *stress* e ansiedade quer para a criança, quer para a sua família

(Diogo, Vilelas, Rodrigues e Almeida, 2016)



"As crianças em idade pré-escolar estão particularmente vulneráveis aos efeitos do *stress* e do medo durante a hospitalização"

(Salmela et al., 2010, p. 1228)

Enquadramento Teórico




Enquadramento Teórico


Criança em Idade Pré-Escolar em contexto de Urgência



(Barros, 2003; Serra, 2011; Neuman & Fawcett, 2011)



O que induz *stress* na criança em idade pré-escolar em contexto de urgência



As atitudes e comportamentos dos Profissionais induzem *stress* na criança em idade pré-escolar



Quais as situações indutoras de *stress* mais frequentes?



Quais as manifestações de *stress* na criança em idade pré-escolar?



Enquadramento Teórico

Intrapessoal

- Verbalização de medos de:
 - Dor;
 - Separação dos pais;
 - Pessoas desconhecidas;
 - Lesão Corporal;
 - Sintomas de Doença, Adoeecer;
 - Realizar análises de sangue;
 - “ter de ficar quieto”;
 - Ser criticado ou rejeitado;
 - Procedimentos de enfermagem: injeções, “picas”.

(Salmela et al, 2010)

Enquadramento Teórico

Interpessoal

- Apoio Familiar – Pais ou pessoa significativa;
- Abordagem dos profissionais;
- Restrição das próprias escolhas da criança (“perda de controlo e autonomia”)
- Pouca informação sobre os acontecimentos (informação adaptada ao estágio de desenvolvimento da criança – por forma a que esta a perceba de uma forma real);
- Perceção dos procedimentos invasivos como uma punição.

Enquadramento Teórico

Extrapessoal

- Admissão hospitalar;
- Experiência Hospitalização;
- Admissões hospitalares recorrentes;
- Cultura;
- Ambiente não familiar – Separação do ambiente familiar;
 - Sons desconhecidos (Ex: Aparelhos clínicos, etc);
 - Cheiros hospitalares desconhecidos;
 - Instalações hospitalares;
 - Instrumentos e equipamentos clínicos desconhecidos;
 - Espaços escuros;
 - Procedimentos de enfermagem.

Enquadramento Teórico

"Não há *stress* sem existirem circunstâncias desencadeadoras a que o indivíduo é sensível"

(Serra, 2011, p. 41)

Experiência de doença aguda, tratamento e de hospitalização constitui uma fonte de stress para a criança e para a sua família

Situação Indutora de Stress

Ameaça
Dano
Desafio

(Barros, 2003; Serra, 2011)

Manifestações Indicativas de *Stress*

- Medo;
- Ansiedade;
- Regressão;
- Sentimento de desespero;
- Deceção;
- Revolta;
- Agressividade física e verbal;
- Agitação;
- Irritabilidade;
- Choro;
- Gritos;
- Expressão oral do desconforto;
- Solicitação de suporte físico nos pais ou na pessoa significativa;
- Solicitação de suporte emocional (abraços, mimos, ...);
- Manifestação de medos;
- Recusa alimentar;
- Distúrbios do sono;
- Batimentos repentinos com os membros superiores e inferiores;
- Tentativas de afastamento do estímulo antes do contacto;
- Pouca colaboração;
- Exigência do fim do procedimento

Enquadramento Teórico

CIPE® - Foco Stress (Status: comprometido) é definido como:

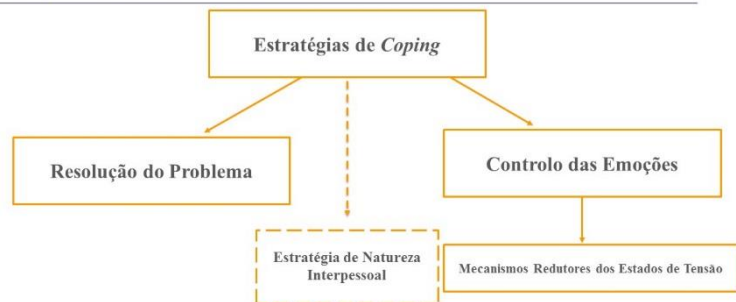
sentimento de estar sob pressão e ansiedade ao ponto de ser incapaz de funcionar de forma adequada física e mentalmente; sentimento de desconforto; associado a experiências desagradáveis; associado à dor; sentimento de estar física e mentalmente cansado; distúrbio do estado mental e físico do indivíduo.

(OE, 2016, p.86)

- ❖ A criança ao perceber que tem controlo sobre o seu stress e que os profissionais de saúde lhe proporcionam estratégias para esse mesmo controlo, ganha confiança em si mesma, bem como naqueles que a rodeiam
- ❖ Ao superar a situação de stress, a criança aprende a enfrentar, de uma forma saudável, situações futuras geradoras de stress

(Brazelton & Greenspace, 2009)

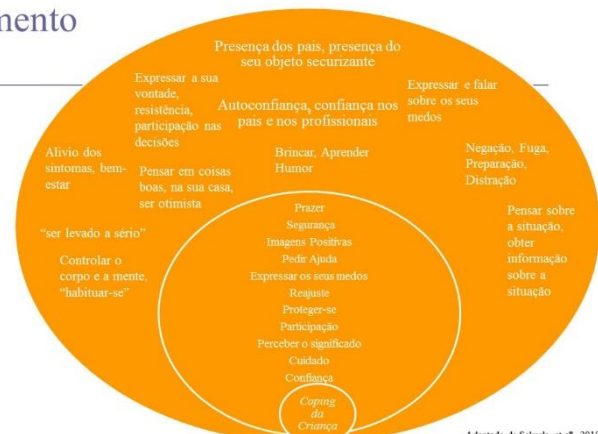
Enquadramento Teórico



(Folkman & Lazarus, 1980, 1985 e DeLongis & Newth, 1996, cit. por Sena, 2011)

Enquadramento Teórico

Estrutura de coping da criança em idade pré-escolar



Adaptado de Salmela et al., 2010

Enquadramento Teórico

É importante que o enfermeiro consiga transmitir calma e sentido de responsabilidade para a criança e pais;
(Brazelton & Sparrow, 2003)
Não focar apenas na intervenção, mas sim dar atenção aquilo que a criança exterioriza, permitindo assim uma relação equilibrada e de empatia (Brazelton & Greenspace, 2009)



Estar atento às ameaças que uma ida à urgência implica no desenvolvimento da criança

→ Oferecendo oportunidades para a criança participar nas atividades de acordo com o seu desenvolvimento (ajudando na normalização do ambiente da criança) (Mitre & Gomes, 2004; Sanders, 2014).

→ Facilitando a comunicação expressiva de emoções da criança (OE, 2018).

Análise Check-List de Observação

→ Aplicação no Serviço de Urgência Pediátrica durante 3 semanas

→ Discussão com os enfermeiros, com recurso ao “*Debriefing*”

Check – List



Análise Check-List de Observação

- Interação En^h-Criança-Família;
- Identificação de stressores;
- Identificação das manifestações indicativas de stress;
- Preparação para procedimentos;
- Recurso Método Relaxamento e Técnica de Modelagem
- Reforço Positivo.

- Identificação de respostas de coping;
- Objetos ameaçadores fora do campo de visão;
- Interação Assistente Operacional – Criança – Família (**necessidade formativa**)

Urgência Pediátrica

O medo e a ansiedade aumentam os sentimentos de sofrimento físico e diminuem a tolerância à dor

Quanto maior a ansiedade maior a sensação de dor

A ansiedade potencializa a dor

(Barros, 2010, DGS, 2012)

Enfermeiros do SUP direcionam as suas intervenções de enfermagem no sentido de diminuir o impacto das situações geradores de stress na criança

Urgência Pediátrica

Observação de Intervenções de Enfermagem utilizadas pelos enfermeiros com foco na minimização do stress na criança em idade pré-escolar

- Recurso a métodos de relaxamento para diminuição da ansiedade manifestada (permitem que a criança seja um participante ativo no processo de cuidar)
 - Relaxamento Criativo
 - Posicionamento para conforto
 - Respiração
- Recurso a técnicas de distração, imaginação guiada combinada com relaxamento;

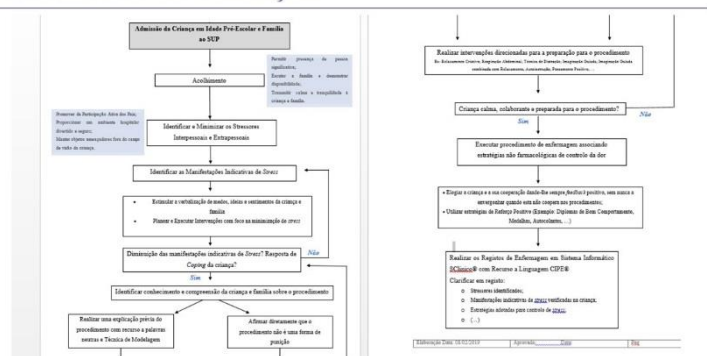
Protocolo de Atuação

**PROTOCOLO DE ATUAÇÃO COM FOCO NA
MINIMIZAÇÃO DO STRESS DA CRIANÇA EM IDADE
PRÉ-ESCOLAR E FAMÍLIA QUE RECORREM AO
SERVIÇO DE URGÊNCIA**

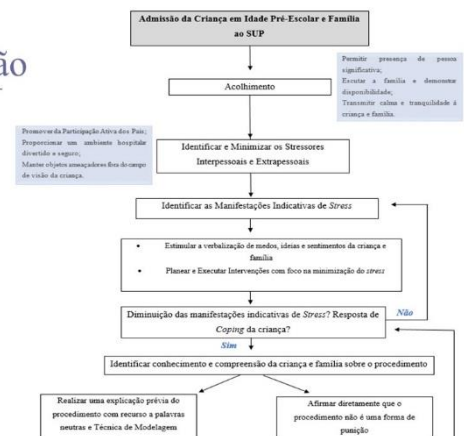
Protocolo de Atuação - Objetivos

- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da identificação e minimização dos stressores e situações geradores de stress na criança em idade pré-escolar em contexto de urgência;
- Promover práticas de cuidados para a promoção da gestão do *stress* da criança em idade pré-escolar em contexto de urgência adotando intervenções com foco na sua minimização;
- Promover cuidados de qualidade e bem-estar à criança e família em contexto de urgência.

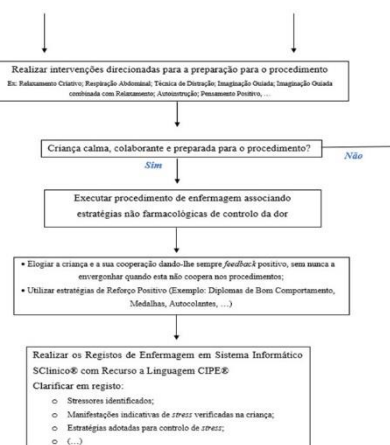
Protocolo de Atuação



Protocolo de Atuação



Protocolo de Atuação



Protocolo de Atuação – Orientação de Registos

- Sugere-se o levantamento do foco “Autocontrolo: Medo” por forma a uniformizar os registos de enfermagem no que concerne ao *stress* da criança em idade pré-escolar.
- Atualmente em contexto de Sclínico® não está parametrizado o Foco: *Stress*, pelo que este não poderá ser levantado em Processo de Enfermagem.
- O Enfermeiro, de acordo com o Plano de Cuidados delineado para a criança e família em questão, deverá realizar o levantamento das intervenções que julgar serem mais adequadas e adaptadas ao caso particular da criança e família.

Protocolo de Atuação – Orientação de Registos

“Autocontrolo: Medo é um tipo de Autocontrolo com as características específicas: disposições tomadas para dominar em si próprio os sentimentos de alarme provocados por uma fonte identificável pela eliminação e redução dos percursos e das fontes de medo”

CIPE® VERSÃO BETA 2

Protocolo de Atuação – Orientação de Registos

			Assistir a pessoa a identificar fatores desencadeantes do medo	Agora	
			Gestir Ambiente	Agora	
			Otimizar ambiente físico	Agora	
			Otimizar Comunicação	Agora	
			Estimular presença da(o) mãe (pai)	Agora	Quando a criança não estiver acompanhada pela mãe e/ou pai, registar em "notas associadas" a pessoa significativa presente aquando da interação com a criança
			Incentivar o envolvimento da família		
			Estimular a participação da(o) mãe (pai) nos cuidados		
			Orientar para o uso de Técnicas de Relaxamento	SOS	
			Planear Técnica de Relaxamento	Agora	Em "notas associadas" deve ser especificada a Técnica de Relaxamento adotada
			Executar Técnica de Relaxamento	Agora	
			Executar Técnica de Distração	Agora	
			Executar Técnica de Imaginação Guiada	Agora	
			Executar Técnica de Massagem	Agora	

Protocolo de Atuação – Orientação de Registos

Foco de Atenção	Intervenções de Diagnóstico	Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Horário Recomendado	Esclarecimentos
Autocontrolo: Medo	Avaliar Autocontrolo: Medo	Sem Autocontrolo Medo Comprometido	Avaliar Autocontrolo: Medo	SOS	
		Autocontrolo Medo: Comprometido	Avaliar Autocontrolo: Medo	SOS	
			Encorajar Autocontrolo: Medo	Agora	
			Encorajar a expressão de medos	Agora	Se necessário registar em "notas associadas" a verbalização de medos por parte da criança
			Incentivar a comunicação de emoções	Agora	
			Vigiar Comportamento	Agora	
			Disponibilizar suporte emocional	Agora	

Protocolo de Atuação – Orientação de Registos

			Executar Tratamentos com Estratégias Não Farmacológicas	Agora	→ Em "notas associadas" devem ser especificadas as Estratégias Não Farmacológicas adotadas. → No caso de tratamento/procedimento potencialmente doloroso, deve ser realizada avaliação da dor antes, durante e após o procedimento, seguindo-se o registo da eficácia da estratégia adotada
			Vigiar resposta comportamental	Agora	Se a resposta comportamental após a interação não for favorável, importante registar em "Alerta" para situações futuras - Realizar breve descrição do experienciado.
			Apoiar a família a identificar estratégias de coping eficazes	Agora	

Sugestões? Contributos para o Protocolo?



Referências Bibliográficas

- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica - Perspetiva desenvolvimentista*. (2ªed.) Lisboa: Cimepsi Editores.
- Brazelton, T. B. & Sparrow, J. D. (2003). *A Criança dos 3 aos 6 anos – O desenvolvimento emocional e do comportamento*. Lisboa: Editorial Presença.
- Brazelton, T. B. & Greenspan, S. I. (2009). *A criança e o seu mundo: requisitos essenciais para o crescimento e aprendizagem* (6ª ed.). Lisboa: Editorial Presença.
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., Almeida, T. (2016). Os Medos das Crianças em Contexto de Urgência Pediátrica: Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional. *Pensar Enfermagem*, 20, 26-47.
- Fernandes, D. (24 de setembro de 2012). *O afendimento à criança na Urgência Pediátrica*. [Internet]. Consultado a 6/12/2017. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/default/files/maderna/informacao/Documents/Artigos%20Enfermeiros/O%20afendimento%20%C3%A0%20crian%C3%A7a%20na%20urg%C3%Aancia%20Ped%C3%A1trica,%20Dino%20Fernandes%20Enfermeiro%20ESESIP.pdf>
- Jorge, A. (2004). *Família e Hospitalização da Criança – (Re) Pensar o Cuidar em Enfermagem* (1ª ed.) Loures: LUSOCIÊNCIA.
- Mitre, R., Gomes, R. (2004). A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. *Ciências & Saúde Coletiva*, 9, 147-154.
- Neuman, B., & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model* (5ªed.). Boston: Pearson.
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). CIFE® Versão 2015 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Versão Portuguesa. Obtido de <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/catalogo-ciper-2015.html>
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – VOLUME II*. Cadernos OE, série I, nº3, vol.2. Obtido de: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8906/cadernosoe_guiasorientadoresboapraticaeesp_volii.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Cadernos OE, série I, nº6. S.I.: Ordem dos Enfermeiros. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>

Referências Bibliográficas

- Piaget, J. (1990). *Seis estudos de psicologia* (10ªed.). Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Regulamento nº 422/18 de 12 de Julho. (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica. Diário da República II Série, nº 133. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal. Recuperado de <https://dre.pt/appdcatonic/contenuto/115685379>.
- Salmela, M., Salanterä, S. & Aronen, E. (2009). Child-Reported Hospital Fears in 4 to 6-Year-Old Children. *Pediatric Nursing*, 35, 269-303.
- Salmela, M., Salanterä, S. & Aronen, E. (2010). Coping with hospital-related fears: experiences of pre-school-aged children. *Journal of Advanced Nursing*, 66, 1222-1231.
- Sanders, J. (2014). Cuidado Centrado na Família da Criança Durante a Doença e a Hospitalização. Em M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds.), Wong: *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., pp. 1025-1057). Loures, Portugal: Lusociência.
- Serre, A. (2011). *O Stress na vida de todos os dias* (3ªed.). Coimbra: Dinelivro.
- Sparrow, S. (2007). Understanding Stress in Children. *Pediatrics Annals*, 36, 187-194.

Apêndice XV – Protocolo de Atuação com foco na minimização do *stress* na criança
em idade pré-escolar e família que recorrem ao Serviço de Urgência



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
9º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
Unidade Curricular Estágio com Relatório

**PROTOCOLO DE ATUAÇÃO COM FOCO NA MINIMIZAÇÃO DO *STRESS* NAS
CRIANÇAS EM IDADE PRÉ-ESCOLAR E FAMÍLIA QUE RECORREM AO SERVIÇO DE
URGÊNCIA**

Discente:

Marta Alexandra dos Santos Damião nº 8372

Enfª Orientadora:

EEESIP M. G.

Docente Orientador:

Profª Doutora Maria da Graça Vinagre

Lisboa

Fevereiro, 2019

INTRODUÇÃO

Aquando da admissão hospitalar, a abordagem dos profissionais constitui para a criança e para a sua família uma situação geradora de *stress* (Jorge, 2004). A ansiedade associada à hospitalização também poderá estar relacionada com a própria doença bem como com os procedimentos a que a criança está sujeita (Barros, 2003). De acordo com Diogo, Vilelas, Rodrigues e Almeida (2015), o processo de hospitalização pode gerar momentos de *stress* e ansiedade quer para a criança, quer para a sua família.

Segundo Barros (2010), profissionais pouco preparados, ansiosos, que ameaçam a criança e que gritam com esta, têm um forte impacto no aumento da ansiedade da criança pelo que é possível afirmar que este tipo de relação constitui um stressor para a criança. Para Jorge (2004) as crianças valorizam o tom de voz, o conteúdo verbal, bem como toda a linguagem não-verbal, como a postura, o vestuário e a expressão facial do enfermeiro.

Segundo o estudo de Salmela, Salanterä & Aronen (2010), as crianças em idade pré-escolar estão particularmente vulneráveis aos efeitos do medo e do *stress* aquando do processo de hospitalização.

Assim torna-se importante que o enfermeiro esteja atento às ameaças que uma ida à urgência implica no desenvolvimento da criança (Sanders, 2014), desenvolvendo práticas de cuidados direcionadas para a “promoção do (...) desenvolvimento infantil; a gestão do bem-estar da criança; a deteção precoce (...) de situações que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida” (OE, Regulamento nº 422/2018, p. 19122) da criança.

Pretende-se que o presente documento constitua uma ferramenta de trabalho na área de intervenção no *stress* da criança em idade pré-escolar, bem como o desenvolvimento pessoal de competências comuns do Enfermeiro Especialista nomeadamente as Competências: “B2 – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” (OE, Regulamento nº 140/2019, p. 4747) e “C1- Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde” (OE, Regulamento nº 140/2019, p. 4748).

Em seguida apresenta-se o respetivo Protocolo cuja estrutura de apresentação vai ao encontro do instituído pelo Serviço e Centro Hospitalar onde irá ser aplicado. De salientar que o ponto 5 do Protocolo diz respeito à orientação de Registos de Enfermagem de acordo com o programa informático em vigor no Serviço de aplicação do protocolo – Sclinico®.

	<p align="center">MANUAL OPERATIVO DE ENFERMAGEM</p> <p align="center">Protocolo de atuação com foco na minimização do <i>stress</i> das crianças em idade pré-escolar e família que recorrem ao Serviço de Urgência</p>	Serviço de Pediatria
--	---	----------------------

Protocolo de atuação com foco na minimização do *stress* das crianças em idade pré-escolar e família que recorrem ao Serviço de Urgência

1. DEFINIÇÃO

Nos primeiros anos de vida, as crianças são muitas vezes confrontadas com a experiência da ida ao hospital devido à sua vulnerabilidade e desenvolvimento de diversas patologias. O processo de hospitalização gera momentos de *stress* e ansiedade quer para a criança, quer para a sua família, uma vez que estão perante um ambiente desconhecido e em constante interação com procedimentos e equipamentos que lhes causam dor e desconforto (Diogo, Vilelas, Rodrigues e Almeida, 2015).

Sabendo ainda que, aquando da admissão hospitalar, a abordagem dos profissionais constitui frequentemente, para a criança e para a sua família, uma situação de crise, e que esta situação de crise remete para um período de desequilíbrio físico e psicológico da criança (Jorge, 2004), torna-se importante perceber quais os stressores e situações geradoras de *stress* na criança em idade pré-escolar em contexto de urgência, bem como as manifestações indicativas de *stress* da criança em idade pré-escolar, para que o enfermeiro consiga direcionar as suas intervenções de enfermagem com foco na minimização do *stress* da criança em idade pré-escolar em contexto de urgência.

As crianças em idade pré-escolar estão particularmente vulneráveis aos efeitos do medo e do *stress* aquando do processo de hospitalização (Salmela, Salanterä & Aronen, 2010).

Sendo que “a necessidade dos pais recorrem ao Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) com os seus filhos doentes é por si só um enorme fator de stress e de ansiedade (...)” (Fernandes, 2012, p.2). De acordo com Monroe (2014), as crianças em idade pré-escolar podem também desenvolver medos que são induzidos pelos pais (através da manifestação dos próprios medos dos pais, transparecendo a sua ansiedade face a uma determinada situação stressante).

	<p style="text-align: center;">MANUAL OPERATIVO DE ENFERMAGEM</p> <p>Protocolo de atuação com foco na minimização do <i>stress</i> das crianças em idade pré-escolar e família que recorrem ao Serviço de Urgência</p>	Serviço de Pediatria
--	---	----------------------

2. OBJETIVOS

- a) Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da identificação e minimização dos stressores e situações geradores de *stress* na criança em idade pré-escolar em contexto de urgência;
- b) Promover práticas de cuidados para a promoção da gestão do *stress* da criança em idade pré-escolar em contexto de urgência adotando intervenções com foco na sua minimização;
- c) Promover cuidados de qualidade e bem-estar à criança e família em contexto de urgência.

3. CAMPO DE APLICAÇÃO

Aplica-se a todos os Enfermeiros do Serviço de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar.

4. FLUXOGRAMA

Seguidamente encontra-se o Protocolo de Atuação na abordagem às crianças em idade pré-escolar e família, que recorrem ao Serviço de Urgência Pediátrica.

	<p>MANUAL OPERATIVO DE ENFERMAGEM</p> <p>Protocolo de atuação com foco na minimização do <i>stress</i> das crianças em idade pré-escolar e família que recorrem ao Serviço de Urgência</p>	Serviço de Pediatria
--	---	----------------------

Admissão da Criança em Idade Pré-Escolar e Família ao SUP

Acolhimento

Permitir presença de pessoa significativa;
Escutar a família e demonstrar disponibilidade;
Transmitir calma e tranquilidade à criança e família.

Promover a Participação Ativa dos Pais;
Proporcionar um ambiente hospitalar divertido e seguro;
Manter objetos ameaçadores fora do

Identificar e Minimizar os Stressores Interpessoais e Extrapessoais

Identificar as Manifestações Indicativas de *Stress*

- Estimular a verbalização de medos, ideias e sentimentos da criança e família
- Planear e executar Intervenções com foco na minimização do *stress*

Diminuição das manifestações indicativas de *Stress*? Resposta de *Coping* da criança?

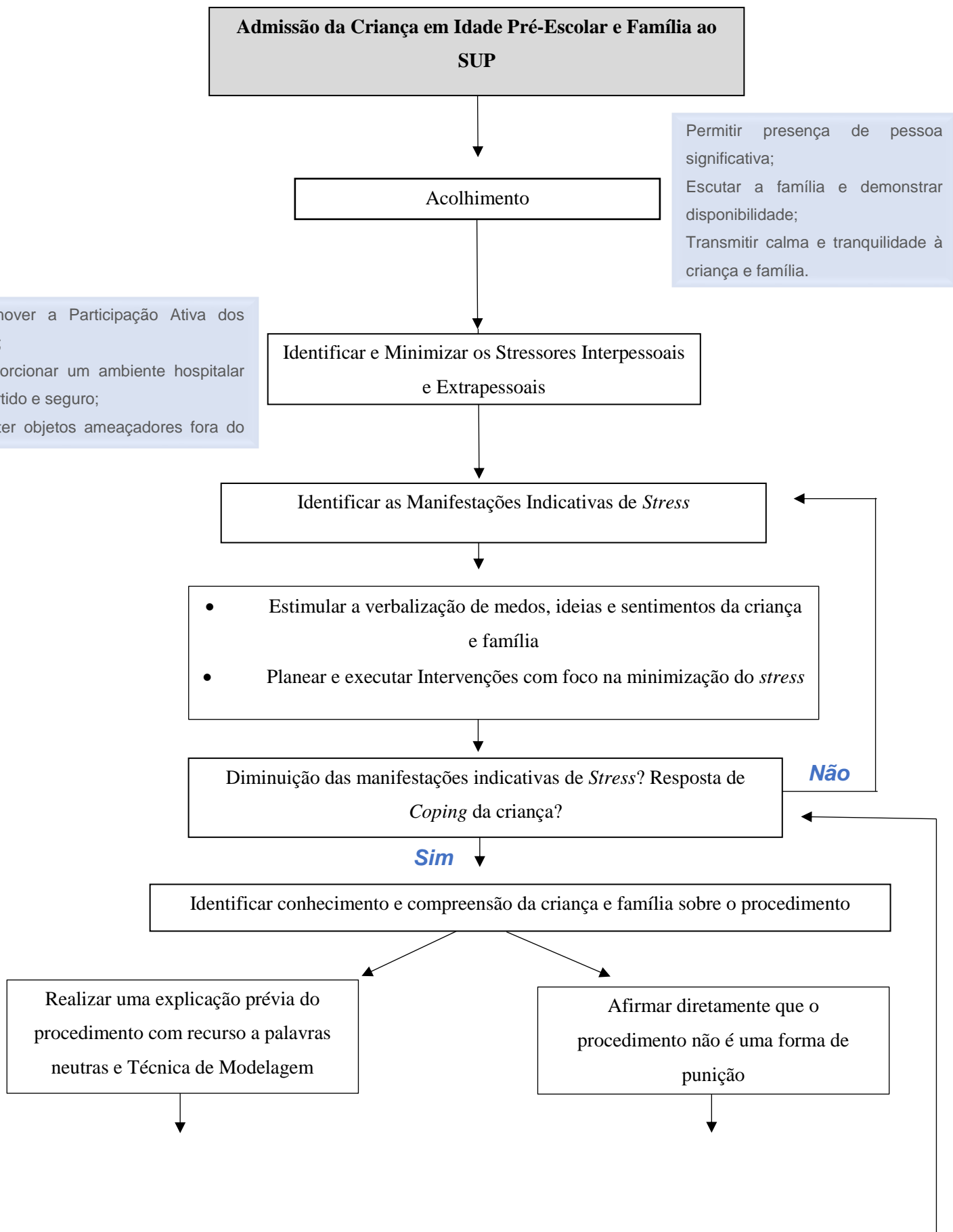
Não

Sim

Identificar conhecimento e compreensão da criança e família sobre o procedimento

Realizar uma explicação prévia do procedimento com recurso a palavras neutras e Técnica de Modelagem

Afirmar diretamente que o procedimento não é uma forma de punição



	<p>MANUAL OPERATIVO DE ENFERMAGEM</p> <p>Protocolo de atuação com foco na minimização do <i>stress</i> das crianças em idade pré-escolar e família que recorrem ao Serviço de Urgência</p>	Serviço de Pediatria
--	---	----------------------

Realizar intervenções direcionadas para a preparação para o procedimento
 Ex: Relaxamento Criativo; Respiração Abdominal; Técnica de Distração; Imaginação Guiada; Imaginação Guiada combinada com Relaxamento; Autoinstrução; Pensamento Positivo, ...



Criança calma, colaborante e preparada para o procedimento?

Sim

Não



Executar procedimento de enfermagem associando estratégias não farmacológicas de controlo da dor



- Elogiar a criança e a sua cooperação dando-lhe sempre *feedback* positivo, sem nunca a envergonhar quando esta não coopera nos procedimentos;
- Utilizar estratégias de Reforço Positivo (Exemplo: Diplomas de Bom Comportamento, Medalhas, Autocolantes, ...)



Realizar os Registos de Enfermagem em Sistema Informático SClinico® com Recurso a Linguagem CIPE®

Clarificar em registo:

- Stressores identificados;
- Manifestações indicativas de *stress* verificadas na criança;
- Estratégias adotadas para controlo de *stress*;
- (...)

	<p align="center">MANUAL OPERATIVO DE ENFERMAGEM</p> <p align="center">Protocolo de atuação com foco na minimização do <i>stress</i> das crianças em idade pré-escolar e família que recorrem ao Serviço de Urgência</p>	Serviço de Pediatria
--	---	----------------------

5. PROCESSO DE ENFERMAGEM

Foco de Atenção	Intervenções de Diagnóstico	Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Horário Recomendado	Esclarecimentos
Autocontrolo: Medo	Avaliar Autocontrolo: Medo	Sem Autocontrolo Medo Comprometido	Avaliar Autocontrolo: Medo	SOS	
		Autocontrolo Medo: Comprometido	Avaliar Autocontrolo: Medo	SOS	
			Encorajar Autocontrolo: Medo	Agora	
			Encorajar a expressão de medos	Agora	Se necessário registar em “notas associadas” a verbalização de medos por parte da criança
			Incentivar a comunicação de emoções	Agora	
			Vigiar Comportamento	Agora	
			Disponibilizar suporte emocional	Agora	

			Assistir a pessoa a identificar fatores desencadeantes do medo	Agora	
			Gerir Ambiente	Agora	
			Otimizar ambiente físico	Agora	
			Otimizar Comunicação	Agora	
			Estimular presença da(o) mãe (pai)	Agora	Quando a criança não estiver acompanhada pela mãe e/ou pai, registar em “notas associadas” a pessoa significativa presente aquando da interação com a criança
			Incentivar o envolvimento da família		
			Estimular a participação da(o) mãe (pai) nos cuidados		
			Orientar para o uso de Técnicas de Relaxamento	SOS	
			Planear Técnica de Relaxamento	Agora	Em “notas associadas” deve ser especificada a Técnica de Relaxamento adotada
			Executar Técnica de Relaxamento	Agora	
			Executar Técnica de Distração	Agora	
			Executar Técnica de Imaginação Guiada	Agora	
			Executar Técnica de Massagem	Agora	
			Executar Tratamentos com Estratégias Não Farmacológicas	Agora	→ Em “notas associadas” devem ser especificadas as Estratégias Não Farmacológicas adotadas.

					→ No caso de tratamento/procedimento potencialmente doloroso, deve ser realizada avaliação da dor antes, durante e após o procedimento, seguindo-se o registo da eficácia da estratégia adotada
			Vigiar resposta comportamental	Agora	Se a resposta comportamental após a interação não for favorável, importante registar em “Alerta” para situações futuras - Realizar breve descrição do experienciado
			Apoiar a família a identificar estratégias de <i>coping</i> eficazes	Agora	

Nota: Sugere-se o levantamento do foco “Autocontrolo: Medo” por forma a uniformizar os registos de enfermagem no que concerne ao *stress* da criança em idade pré-escolar. Relembrar que atualmente em contexto de SClínico® não está parametrizado o Foco: *Stress*, pelo que este não poderá ser levantado em Processo de Enfermagem. O Enfermeiro, de acordo com o Plano de Cuidados delineado para a criança e família em questão, deverá realizar o levantamento das intervenções que julgar serem mais adequadas e adaptadas ao caso particular da criança e família.

CONCLUSÃO

Espera-se que com o presente protocolo seja dada continuidade a uma melhoria contínua nos cuidados de enfermagem, nomeadamente à criança em idade pré-escolar e à sua família em contexto de urgência pediátrica.

Importante lembrar que cada criança é única. As intervenções de enfermagem devem ser sempre adaptadas a cada criança, ao seu estágio de desenvolvimento, considerando também as suas experiências prévias, bem como as suas estratégias de *coping*.

O protocolo resulta de um trabalho de revisão de literatura bem como do desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista e específicas do EEESIP. Com o desenvolvimento do presente protocolo, surge ainda o desafio de, numa fase futura, alargar o estudo sobre o *stress* presente em outros estádios de desenvolvimento aquando da ida à urgência pediátrica, pelo que se projeta o contínuo trabalho nesta área para futuros protocolos de atuação alargados assim a outros grupos etários.

O protocolo será então numa primeira fase apresentado à equipa de enfermagem do serviço de urgência pediátrica no qual exerce funções, no sentido de “receber” os contributos dos elementos da equipa de enfermagem por forma a ser enriquecido, sendo que numa segunda fase irá ser submetido ao processo de avaliação por parte da chefia do serviço.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica - Perspetiva desenvolvimentista*. (2ªed.) Lisboa: Climepsi Editores.
- Barros, L. (2010). A dor pediátrica associada a procedimentos médicos: contributos da psicologia pediátrica. *Temas em Psicologia*, 18 (2), 295-306.
- Brazelton, T. & Sparrow, J. (2003). *A Criança dos 3 aos 6 anos – O desenvolvimento emocional e do comportamento*. Lisboa: Editorial Presença.
- Brazelton, T. B., & Greenspan, S. I. (2009). *A criança e o seu mundo: requisitos essenciais para o crescimento e aprendizagem* (6ª ed.). Lisboa: Editorial Presença.
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em Enfermagem Pediátrica: Um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar*. Loures: Lusodidacta.
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2015). Enfermeiros com competência emocional na gestão dos medos de crianças em contexto de urgência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 13, 43-51.
- Jacob, E. (2014). Apreciação e Gestão da Dor na Criança. Em M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds.), *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., pp. 188-237). Loures, Portugal: Lusociência.
- Jorge, A. M. (2004). *Família e Hospitalização da Criança – (Re) Pensar o Cuidar em Enfermagem* (1ª ed.) Loures: Lusociência.
- Mitre, R., Gomes, R. (2004). A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. *Ciências & Saúde Colectiva*, 9, 147-154.
- Monroe, R. (2014). Promoção da Saúde da Criança em Idade Pré-Escolar e da Família. Em M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds.), *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9.a ed., pp. 622-644). Loures, Portugal: Lusociência.
- Neuman, B., & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model* (5ª ed.). Boston: Pearson.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Guias orientadores da boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica - Volume II*. Lisboa: OE. Obtido de: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8906/cadernosoe_guiasorientadoresboapraticaceesip_volii.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). CIPE® Versão 2015 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Versão Portuguesa. Obtido de <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/catalogo-ciper-2015.html>
- Piaget, J. (1977). *A Linguagem e o Pensamento da Criança*. Lisboa: Moraes Editores.
- Piaget, J. (1990). *Seis estudos de psicologia* (10ªed). Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Regulamento nº 140/2019 de 6 de Fevereiro. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República II Série, nº 26. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal. Recuperado de <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>.

- Regulamento n° 422/2018 de 12 de Julho. (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica. Diário da República II Série, n° 133. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal. Recuperado de <https://dre.pt/application/conteudo/115685379>.
- Salmela, M., Salanterä, S. & Aronen, E. (2009). Child-Reported Hospital Fears in 4 to 6-Year-Old Children. *Pediatric Nursing*, 35, 269-303.
- Salmela, M., Salanterä, S. & Aronen, E. (2010). Coping with hospital-related fears: experiences of pre-school-aged children. *Journal of Advanced Nursing*. 66, 1222-1231.
- Sanders, J. (2014). Cuidado Centrado na Família da Criança Durante a Doença e a Hospitalização Em M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds.), *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9.a ed., pp. 1025-1057). Loures, Portugal: Lusociência.